

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

Os Rumos Recentes da Proteção Social Brasileira:
*da universalidade constitucional à focalização
através das transferências de renda não-
contributivas.*

Diogo Gomes Fernandes
Matrícula nº 10203174-9

ORIENTADOR: Lena Lavinas

MARÇO 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

Os Rumos Recentes da Proteção Social Brasileira:
*da universalidade constitucional à focalização
através das transferências de renda não-
contributivas.*

Diogo Gomes Fernandes
Matrícula nº 10203174-9

ORIENTADOR: Lena Lavinas

MARÇO 2010

As opiniões expressas neste trabalho são de exclusiva responsabilidade do autor

Em memória do Prof. José Ricardo Tauile o qual, apesar das diferenças ideológicas, conseguiu cativar meu interesse pelas questões sociais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a professora Lena Lavinas pela excelente orientação desta monografia, além da paciência e atenção, as quais foram fundamentais à motivação do autor.

Agradeço também a Camila Ferraz e Igor Briguier pela presteza que tiveram em me auxiliar na obtenção dos dados para este trabalho.

Finalmente, devo também um agradecimento a minha família e a todos os professores do Instituto de Economia por tudo aquilo que me foi oferecido durante os anos da graduação.

RESUMO

A criação do Estado do Bem-Estar Social moderno visando garantir a proteção social como direito de todo o cidadão, pode ser tida como uma das maiores conquistas sociais do período do pós-guerra. Visando substituir o seguro social, de caráter inteiramente contributivo e amplitude restrita, pela Seguridade Social, de cobertura mais universal, acabou por influenciar toda a dinâmica de acumulação capitalista.

Apesar disto, na medida em que os diversos países criavam seus próprios meios e fórmulas para desenvolver o *welfare*, o cenário econômico não permaneceu estático; as mudanças na doutrina econômica dominante, somadas às diferenças regionais pré-existentes, afetaram severamente a forma como a Seguridade Social foi encarada pelas diversas nações do mundo.

Enquanto diversos os países da União européia preferiram investir em programas sociais universais, deixando as transferências de renda não-contributivas para aplicações residuais, a América Latina, principalmente após a década de 90, prefere a elaboração de redes de proteção social mínimas, a fim de seguir recomendações do FMI e do Banco Mundial pela contenção dos gastos públicos.

O Brasil, apesar da direção tomada na região, estabelece em 1988 a Seguridade Social de âmbito universalista e constituída pelas áreas da Assistência Social, Previdência Social e Saúde. Apesar disto de, durante a década de 2000, percebe-se que as transferências de renda focalizadas e *means-tested*, assumem um papel central na proteção social.

A fim de analisar a situação recente da Seguridade Social Brasileira, este trabalho apontará as principais características e benefícios associados à esta e os princípios que a nortearam, com o intuito de descobrir se a focalização está sendo saudável para o sistema em questão.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
 CAPÍTULO I – AS ORIGENS DO ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL MODERNO E SEUS INSTRUMENTOS DE ATUAÇÃO.....	10
1.1 – O Estado do Bem-Estar Social Moderno Britânico.....	10
1.2 – O Caso Inglês.....	12
1.2.1 – A Lei dos Pobres de 1601.....	13
1.2.2 – A Emenda à Lei dos Pobres de 1834.....	15
1.2.3 – AS Reformas Liberais.....	16
1.2.4 – A Segunda Guerra e o Relatório Beveridge.....	20
1.3 - Tipos de Benefícios.....	21
1.4.1– Benefícios Monetários.....	22
1.4.2 – Benefícios Não-monetários.....	23
1.4 – As Questões da Universalidade e da Focalização.....	26
1.5 – O Modelo de Proteção Social Latino Americano e as Limitações das Políticas Sociais Adotadas na Região.....	28
 CAPÍTULO II – A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA SEUS SUBSISTEMAS E BENEFÍCIOS.....	34
2.1 – A Constituição Federal de 1988 e a Manutenção do Sistema Social Brasileiro em Anos Recentes.....	34
2.1.1 - A História Recente da Seguridade Social Brasileira e os Perigos da Desconstrução e da Nova Super-Receita.....	38
2.2 – Os Subsistemas da Seguridade Social Brasileira.....	42
2.2.1 - A Previdência Social.....	42
2.2.1.1 – A Organização do Sistema Previdenciário Brasileiro.....	43
2.2.1.2 – Tipos de Benefícios.....	45
2.2.1.3 – Desafios.....	48
2.2.2 – A Assistência Social.....	49

2.2.2.1 – Principais Programas da Assistência Social Brasileira.....	52
2.2.2.2 – Desafios.....	57
2.2.3 – A Saúde.....	59
2.2.3.1 – Principais Programas da Saúde Brasileira.....	61
2.2.3.2 – Desafios.....	63
 CAPÍTULO III – A EVOLUÇÃO DOS GASTOS SOCIAIS E AS TRANSFERÊNCIAS DE RENDA NO BRASIL E NA UNIÃO EUROPÉIA.....	66
3.1 – Introdução.....	66
3.2 – Evolução dos Gastos Sociais Brasileiros.....	66
3.3 – A Situação no Reino Unido e União Européia.....	73
3.4 – As Questões da Não–Contribuição e da Dupla Regressividade.....	77
3.5 - A Universalidade como Alternativa.....	80
 CONCLUSÃO.....	83
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 1: Modelos e características das reformas de previdência na América Latina....	31
Gráfico 1: Evolução de benefícios emitidos pelo BPC / LOAS no período de 1996 a 2005.....	53
Tabela 2: Composição dos benefícios pagos às famílias com renda familiar mensal de até R\$ 70 por pessoa.....	56
Tabela 3: Composição dos benefícios pagos às famílias com renda mensal de R\$ 70 a R\$ 140 por pessoa.....	57
Tabela 4: Evolução das despesas da União por função da Seguridade entre 2000 e 2008 (em milhões de reais).....	67
Tabela 5: Participação de cada tipo de transferência no total de transferências direta de renda 2001-2004 (valores constantes em milhões de reais de 2004).....	68
Tabela 6: Participação das transferências de renda não-contributivas no total dos gastos sociais diretos 2001 – 2004 (valores constantes em milhões de reais de 2004).....	69
Tabela 7: Participação de outros itens da Assistência Social no total dos gastos sociais 2001-2004 (valores constantes em milhões de reais de 2004).....	70
Tabela 8: Evolução dos programas BPC e PBF (milhões de reais).....	71
Tabela 9: Gastos com PBF e BPC sobre Despesa total da União e Despesa da União com a Assistência Social (milhões de reais).....	71
Tabela 10: Gastos sociais totais com o SUS e a Saúde em geral 2001-2004 (valores constantes em milhões de reais de 2004).....	71
Gráfico 2: Evolução dos gastos públicos como proporção do PIB (Reino Unido).....	75
Tabela 11: Evolução de gastos públicos em proporção do PIB (Reino Unido).....	75
Tabela 12: Parcela dos gastos com proteção social no Reino Unido e UE 2001-2005 (em milhões da moeda especificada).....	77

INTRODUÇÃO

A Seguridade Social Brasileira, criada com a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, tornou-se um grande marco na história das políticas sociais brasileiras. Pelo seu caráter universalizante e inclusivo, a nova Seguridade rompe com a concepção de proteção que vigorava no país até então, eminentemente contributivo e restrito a algumas categorias. Ela também elabora as bases legais para a instituição de um sistema de seguridade social nacional, adotando moldes não muito diferentes daqueles recomendados pelo Relatório Beveridge, na década de 1940.

Apesar disto é perceptível que durante a última década, programas de transferências de renda não-contributivos focalizados em seguimentos muito específicos da população, como os auxílios e bolsas reunidos pelo Programa Bolsa Família do Governo Federal, vêm assumindo um papel de claro destaque na política social brasileira.

O objetivo desta monografia, dentro da ótica do Estado do Bem-Estar Social, é mostrar que a primazia dos programas de transferência de renda não-contributiva focalizados, ocorre em detrimento dos gastos com outras políticas mais universais associadas ao bem-estar (i.e. a saúde) e não de forma complementar. Para tanto, este trabalho foi dividido em três capítulos. O primeiro apresenta as origens do Estado do Bem-Estar Social moderno, inclusive descrevendo a maneira como este se desenvolveu em certos países específicos, dando especial destaque à Inglaterra e a América Latina. O segundo capítulo tratará da Seguridade Social Brasileira, seus subsistemas (a Assistência, a Previdência e a Saúde) e os benefícios sociais com os quais os brasileiros mais contam. No capítulo terceiro será discutida a evolução dos gastos sociais no Brasil, durante o período relevante a este trabalho, e como esta tem favorecido as transferências de renda focalizadas. Serão também avaliados dados da União Européia a fim de inserir a situação brasileira no cenário internacional, a questão da dupla regressividade e em que medida a universalidade seria uma melhor alternativa à focalização.

CAPÍTULO I – AS ORIGENS DO ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL MODERNO E SEUS INSTRUMENTOS DE ATUAÇÃO

1.1 – O Estado do Bem-Estar Social Moderno.

No fim dos anos 40, com o fim da Segunda Guerra Mundial, os países da Europa Ocidental se deparam com a enorme tarefa de reconstruir suas economias e instituições políticas. Tal contexto de pós-guerra, no qual estava inevitavelmente embutida uma noção de recomeço, propicia uma oportunidade de reflexão para os europeus sobre o mundo em que gostariam de viver. Como veremos mais adiante, a guerra forçou as diferentes classes sociais viverem de forma mais integrada e os diferentes tipos de aflição causados por um período de intenso conflito associados à memória da Grande Depressão econômica ajudaram na construção de uma mentalidade socialmente mais consciente e solidária. É neste contexto em que se cunha o termo *Welfare State* o qual se refere a um Estado que, agindo como representante dos interesses da sociedade, deveria garantir a proteção social como direito de todo cidadão. Tratava-se, então de:

“(...) afirmar a função pública – cujo exercício vinha, antes, se insinuando timidamente na contramão do minimalismo prevalecente – como inovação capaz de compatibilizar a democracia com a economia de mercado.” (VIANNA 2000, pág. 17).

Cunha-se o novo termo *social security* como contraponto ao *social insurance*¹ a fim de se ressaltar as diferenças existentes entre as novas idéias representadas pelo Estado do Bem-Estar, associadas principalmente a uma proteção de cobertura mais universal, e os seguros sociais minimalistas existentes até então, de caráter exclusivamente contributivo. Como consequência de todos estes fatos, a expansão capitalista em meados do século XX acaba se caracterizando pelo aparecimento de diversos sistemas de proteção social de forte participação estatal, os quais fortaleceram e foram fortalecidos pela ascensão da social-democracia, do fordismo e do keynesianismo (VIANNA, 2000).

O Estado do Bem-Estar Social está associado ao papel do Estado “na educação, na saúde, na habitação, assistência aos pobres, no seguro social e em outros serviços

¹ Respectivamente seguridade social e seguro social

sociais.” (GINSBURG 1979, pág. 3). Gough (1979), ao avaliar definições de outros autores², afirma que o propósito do Estado do Bem-Estar Social é a intensificação do bem-estar humano e a imposição de certos valores solidários sobre aqueles caracteristicamente presentes no sistema capitalista de mercado.

Nicholas Barr afirma que em “termos gerais o Estado do Bem-Estar Social (...) é composto por dois tipos de instituições, a seguridade social³ e os serviços sociais⁴.” (BARR 1987, pág. 5; tradução própria).

O mesmo autor vai mais adiante e explica:

“(...) A seguridade social é formada pelo seguro social, o que assegura o pagamento de benefícios, por virtude de contribuição prévia, para prevenir dificuldades financeiras que surjam em virtude de desemprego, doença, idade, viuvez ou invalidez; e assistência social, a qual socorre aqueles na pobreza, tanto por emergência excepcional, como por falta de cobertura dos seguros sociais ou como complemento a estes. Serviços sociais cobrem uma ampla gama de atividades, incluindo a educação a assistência médica e tipos de assistências mais gerais para enfermos, deficientes e crianças em necessidade.” (BARR 1987, pág. 7; tradução própria).

A classificação acima será bastante útil a este trabalho, de forma que, quando forem feitas menções a quaisquer destes termos, os estaremos empregando segundo a classificação em questão.

Quanto à classificação do tipo de *welfare state*, como aponta Vianna (2000), Titmuss (1958), identifica três modelos: *o residual welfare model of social policy*, *o industrial achievement performance model of social policy* e *o redistributive modelo of social policy*. De maneira semelhante, Esping-Andersen (1987), a partir da classificação de Titmuss, identifica três modalidades de *welfare state*: o liberal, o conservador e o social-democrata. Sobre os dois primeiros:

“No modelo Liberal ou residual, O Estado somente intervém quando o mercado impõe demasiadas penas a determinados segmentos sociais e onde os canais “naturais” de satisfação das necessidades – o esforço individual, a

² Dentre eles Titmuss (1963), Lafitte (1973) e Carrier e Kendall (1977).

³ O autor usa o termo *social security* no original.

⁴ *Social services* no original.

família, o mercado, as redes comunitárias – mostram-se insuficientes. (...) O modelo meritocrático ou conservador se caracteriza por vincular estreitamente a ação “protetora” do Estado ao desempenho dos grupos protegidos. Quem merece (...) tem direito a benefícios conforme o trabalho, o status ocupacional, a capacidade de pressão, etc. (VIANNA 2000, pág. 24).

Já o último se caracteriza pelo provimento de bens e serviços “extra-mercado”, garantidos como direito a todos os cidadãos. Mais tarde Esping-Andersen (1991) revê sua tipologia e classifica os tipos de *welfare* da seguinte forma: O modelo liberal-assistencial, o modelo alemão (de origem bismarckiana) e o modelo Beveridgiano.

“No primeiro, os direitos sociais não são ligados ao desempenho no trabalho e sim à comprovação da pobreza (...) o segundo, embora adote a previdência social estatal e compulsória com direitos bastante amplos, não assegura automaticamente uma desmercantilização substancial, pois dependem muito da forma de elegibilidade e das leis que regem os benefícios; o modelo Beveridgiano é, em princípio, o mais desmercantilizante (oferece benefícios básicos e iguais para todos, serviços que independem de contribuições ou situação no mercado, etc.).” (VIANNA 2000, pág. 27).

É esta última tipologia que será adotada neste trabalho, onde em seções futuras retornaremos a tais classificações ao discutir os diferentes sistemas de proteção social adotados por diversos países.

1.2 – O Caso Inglês.

Estudar as origens do Estado do Bem-Estar Social é um exercício complexo, pois este, ao contrário do que é comumente disseminado, não é um resultado simples de um processo temporalmente bem definido e sim produto de um longo e muito antigo processo histórico.

Para fins de viabilização deste presente estudo, nesta seção adotaremos o autor Nicholas Barr (1987 e 2003) como nossa principal referência, e assim como tal, a seção em questão focar-se-á principalmente em estudar as origens do Estado do Bem-Estar social britânico, considerado por muitos estudiosos do assunto uma das experiências mais marcantes para o desenvolvimento do “*welfare*” moderno.

Em tal experiência, a caridade cristã voltada ao alívio da pobreza foi gradualmente, ao longo dos séculos, assumida e substituída pela ação do Estado. Na medida em que o Estado se incubia cada vez mais da responsabilidade de socorrer a população carente, este teve que se adaptar a um grau de dificuldade logística cada vez maior, ampliando sua atuação de pequena para grande escala, e sua organização de local para central (BARR, 2003).

A fim de ilustrar o processo de transformações descrito acima foram selecionados quatro eventos que se sobressaem na história do *welfare* britânico: A Lei dos Pobres de 1601, a Emenda da Lei dos Pobres de 1834, as Reformas Liberais (1906 – 1914) e a legislação do pós Segunda Guerra (1944 – 1948). Tais eventos serão descritos nas seções seguintes (1.1.1, 1.1.2, 1.1.3 e 1.1.4).

Experiências de outros países europeus serão mencionadas, quando adequado, visto que tais experiências influenciaram e foram influenciadas pelo *welfare* inglês.

1.2.1 – A Lei dos Pobres de 1601.

A Lei dos Pobres de 1601, também conhecida modernamente como a Velha Lei dos Pobres⁵, formalizou práticas de socorro aos pobres⁶ populares na época e estabeleceu as bases para um sistema nacional britânico de caráter coletivista⁷. É importante ressaltar que tal Lei teve seu caminho aberto por diversas outras leis aprovadas pelo parlamento inglês ao longo dos anos –dentre os anos mais relevantes, em termos de aprovação de tais leis, estão 1563, 1572, 1576 e 1597. Tal fato serve para demonstrar que a questão do combate à pobreza já se encontrava enraizada na mentalidade da sociedade em questão, não sendo, portanto a Lei dos Pobres de 1601 uma tentativa isolada ou inicial de lidar com a questão.

⁵ *Old Poor Law* ou ainda *Elizabethan Poor Law* em inglês.

⁶ *Poor Relief*, tradução própria.

⁷ O termo é aqui utilizado de forma a descrever um ponto de vista político, moral ou social que valorize a interdependência humana ao invés do enfoque individual.

Segundo Barr (2003), a Velha Lei dos Pobres tinha a seguinte formatação: cada paróquia⁸ era obrigada a cuidar de seus pobres; estes recebiam tratamento diferenciado que dependia diretamente de sua condição. Os velhos e doentes demais para trabalhar deveriam ser acomodados em *almshouses*, casas de caridade cristãs, e freqüentemente também recebiam certas quantias de alimentos e roupas; aos fisicamente capazes, deveria ser oferecido trabalho em “casas de correção”. Caso estes últimos se recusassem a trabalhar, seriam punidos na mesma instituição em questão. A idéia por trás deste tratamento diferenciado era simples:

“(...) os pobres incapazes de trabalhar deveriam ser cuidados enquanto que aos fisicamente capazes deveria ser oferecido trabalho; nenhum dos regimes tinha a intenção de ser punitivo”. (BARR 1987, pág. 10, tradução própria).

O sistema descrito no parágrafo anterior, financiado através da arrecadação de impostos locais, funcionou relativamente bem durante quase dois séculos. Entretanto ao longo dos anos, diversas circunstâncias foram corroendo os alicerces das políticas então implantadas. A industrialização associada à maior mobilidade territorial e social e aumento populacional causaram pressões sobre as instituições do sistema. Todas estas pressões, somadas ao advento das Guerras Napoleônicas e colheitas ruins possibilitaram que a pobreza se espalhasse não somente entre os desempregados e incapazes, mas também entre a população trabalhadora. Diversas iniciativas locais foram criadas para conter tal fenômeno, dentre elas o sistema *Speenhamland*. Este sistema concedia às famílias beneficiárias um bônus cujo valor básico era balizado pelo preço do pão sem que estas precisassem buscar ajuda junto às “casas de correção” e *almshouses*⁹. Esse benefício, destinado a todos os trabalhadores ocupados ou não, fez-se necessário em virtude do aumento do preço do alimento o que gerou pressões inflacionárias na economia que, por sua vez, gerou uma maior demanda por proteção aos trabalhadores. Além disto, é importante enfatizar que tal benefício rapidamente se generalizou por várias cidades industriais, na medida em que em que garantia a reprodução da força de trabalho.

⁸ Do Inglês *Parish*, que também pode significar freguesia. Tradução própria.

⁹ O que caracteriza o Speenhamland como um sistema de *outdoor relief*.

Estas iniciativas locais foram logo atacadas por críticos com Malthus e Ricardo; o primeiro afirmava que a Velha Lei dos Pobres se auto-derrotava, pois removia as carências dos pobres, deixando-os livres para aumentar suas famílias e, portanto a pobreza via aumento populacional - este sempre mais rápido do que a habilidade de uma nação de aumentar sua capacidade de alimentar sua população (POYNTER, 1998). Já o segundo, argumentava através da Lei de Ferro dos Salários que o auxílio dado aos trabalhadores pobres sob a Lei dos Pobres acabava por piorar as condições salariais de outros trabalhadores, pois forçava os empregadores a reduzir os níveis salariais (SPICKER, 1995)

Além das críticas apresentadas, a aceleração da inflação e o retorno dos soldados das Guerras Napoleônicas, ambos os quais contribuíram para aumentar o desemprego, tornavam o sistema vigente, localmente financiado, cada vez mais caro e insustentável.

1.2.2 - Emenda à Lei dos Pobres de 1834.

Dados o ambiente econômico da época e o acirramento das críticas filosóficas à Lei dos Pobres, uma Comissão Real foi estabelecida para estudar a questão. O resultado do trabalho desta comissão, publicado em 13 volumes e de tom *laissez-faire*, serviu de base para a elaboração da Emenda a Lei dos Pobres de 1834. Dentre as principais recomendações da Comissão em questão estavam as propostas de menor elegibilidade no acesso aos auxílios e de centralização administrativa (BARR, 2003). O princípio de menor elegibilidade tinha como argumento central, defendido por comissários e por diversos membros do parlamento inglês, a idéia de que os benefícios encorajavam a indigência entre os fisicamente capazes de trabalhar, pois os beneficiários sabiam que seriam socorridos. Desta forma, foi proposto que somente os pobres morando em *workhouses*, poderiam receber algum tipo de ajuda. Além disso, seria preciso garantir que a população moradora de tais instituições tivesse, em geral, um padrão de vida pior do que o mais pobre dos trabalhadores, para evitar desencorajar o trabalho. Já o princípio da centralização administrativa era defendido como forma de combater a corrupção e a má administração, aumentando a eficiência dos gastos.

Apesar de a Emenda de 1834 ter sido rapidamente publicada após os Relatórios sobre a Lei dos Pobres¹⁰ e de tentar incorporar as recomendações da Comissão Real, o sucesso obtido foi menor do que o originalmente esperado. Sobre isto, Barr afirma:

“Muitas pessoas foram forçadas a aceitar as difíceis condições das *workhouses*, e muitas outras suportaram privações assombrosas para evitá-las. Apesar disto, por sua própria crueldade, o sistema se tornou ao longo do tempo motivo para mudança (...).” (BARR 1987, pág12, tradução própria).

1.2.3 – As Reformas Liberais.

O terceiro grande marco na história do *welfare* britânico foram as Reformas Liberais (1906-1914). Estas foram as reformas implementadas na legislação social inglesa pelo Partido Liberal Britânico após as eleições gerais de 1906. Hay (1975) e Barr (2003) distinguem três principais forças que levaram a tais reformas; pressões da classe trabalhadora, mudança de atitude em relação ao *welfare* e pressões institucionais.

Parece haver um consenso geral entre os especialistas do *welfare* britânico (Barr, 2003) de que as pressões políticas oriundas da classe trabalhadora foram relevantes para o momento histórico da Reformas. Entretanto não parece haver consenso sobre o grau desta importância. Alguns autores, como Hobsbawm (1979) e Pelling (1979), chegam a afirmar que tais pressões foram mínimas ou irrelevantes¹¹.

Em termos de mudança de atitude em relação ao *welfare*, é possível que a mais importante tenha sido a cisão ocorrida entre os liberais, levando à ascensão do liberalismo “progressista”¹² dentro do Partido Liberal. Ao contrário do liberalismo “clássico”¹³ que enfatizava a necessidade de proteger as liberdades individuais e se opunha à intervenção estatal, esta nova ideologia afirmava que a “liberdade positiva”

¹⁰ *Poor Law Report*, tradução própria.

¹¹ Como esta sessão tem apenas o objetivo de demonstrar as origens e evolução do Estado do Bem-Estar Social (ainda que até o momento restrito ao *welfare* britânico) não nos aprofundaremos mais nesta questão.

¹² Barr (2003) usa os termo “*New Liberalism*”.

¹³ “*Old Liberalism*”segundo a mesma fonte.

deveria abranger não só liberdade econômica, mas também algum grau de segurança econômica (BARR, 2003). Seguindo esta lógica, “(...) o Estado, para resguardar a liberdade individual, deveria adotar um papel ativo em reformas sociais”. (BARR 1987, pág. 15, tradução própria)

É também importante lembrar que cerca de alguns anos antes, o governo alemão sob a liderança de Bismarck, iniciara uma ampla reforma social a fim de aumentar a produtividade, captar o apoio dos trabalhadores em favor do governo *Junker*¹⁴ e afastar as idéias socialistas consideradas mais radicais, tudo isso em meio à formação do novo Estado-nação alemão. Tal reforma criou um sistema de seguro social, no qual, através de contribuições compulsórias individuais, oferecia seguro saúde, aposentadoria para os idosos com mais de 70 anos e seguro contra acidentes de trabalho e invalidez. Apesar disto, tais benefícios estavam ainda consideravelmente restritos apenas a certos tipos de trabalhadores e fortemente associados a uma ideologia meritocrática. Segundo Barr (2003). tal sistema foi investigado a fundo por Lloyd George, na época importante liberal membro do parlamento britânico, tendo grande influência em legislações futuras adotadas pelos ingleses.

Por fim, cabe lembrar a relevância das pressões institucionais, manifestadas principalmente através de associações de representantes da classe trabalhadora e associadas ao medo causado pela emergência do socialismo europeu (representado na Inglaterra pelo emergente Labour Party). Na Inglaterra, estas fizeram com que os liberais sentissem a urgência de aprovar leis populares, pois caso contrário, corriam o risco de perder votos na disputa pela Casa dos Comuns para o Partido Conservador.

Quanto às medidas implementadas a partir da Reforma Liberal propriamente ditas, podem ser citadas: refeições gratuitas para as crianças na escola, a proibição da venda de tabaco, de fogos de artifícios e álcool para os jovens, garantia de aposentadorias para os idosos com mais de 70 anos, seguro saúde compulsório, seguro desemprego (este ainda muito limitado a certos ramos de indústria e apenas a trabalhadores, cuja renda fosse menor que £160 ao ano), taxaço progressiva e outras.

¹⁴ O termo se refere a nobreza proprietária de terras da Prússia e do leste da Alemanha.

Apesar de todas as medidas tomadas em consequência das reformas, pode se dizer que estas ainda foram restritas, podendo ser consideradas apenas uma nova reinterpretação do liberalismo “clássico”. Por exemplo, o sistema de aposentadorias oferecido aos idosos com mais de 70 anos era, até certo grau, *means-tested*¹⁵; o seguro desemprego era restrito a certos trabalhadores de certas indústrias e o seguro saúde era aplicável apenas ao chefe de família. Além disto, as Reformas Liberais não foram nem pioneiras, nem únicas, pois como mencionado anteriormente, a Alemanha de Bismarck já havia tentado esquemas compulsórios mais abrangentes e eficazes além de lograrem grande adesão. Considera-se aqui também relevante lembrar que, por volta de 1908, países como a Dinamarca, Suécia e Irlanda já realizavam suas primeiras experiências com um sistema de seguridade social mais amplo com coberturas quase universais em alguns setores (aposentadorias).

Contrariando possíveis expectativas, o período que se seguiu às Reformas Liberais e antecedeu a Segunda Guerra, foi de grande estagnação no âmbito das políticas sociais (BARR 2003). Foram implantadas melhorias no sistema de habitação, basicamente privado através da lei de Habitação e Planejamento Urbano¹⁶ de 1919, melhorias no seguro desemprego, estendendo-o a mais trabalhadores, e a Lei das Pensões Contributivas para Viúvas, Órfãos e Idosos¹⁷ de 1925. Apesar disto, durante a década de 30, o *welfare* britânico foi quase totalmente paralisado por conta da crise econômica que assolava então o país.

Já nos Estados Unidos começava o avanço do seguro social de tipo liberal assistencial, distinto do modelo beveridgiano, mas alinhado ao regime contributivo bismarkiano. Sobre isso Skocpol escreve:

“Durante as duas décadas que precederam a Primeira Guerra Mundial, muitas idéias estrangeiras relacionadas à seguridade social foram estudadas e debatidas nos Estados Unidos por uma rede pequena, mas crescente de reformistas sociais. (...) Apesar disto, a maioria das propostas de reforma da seguridade social da Era Progressista não conseguiu ser implementada (...)” (SKOCPOL 1995, pág141; tradução própria).

¹⁵ O termo se refere a políticas focalizadas sujeitas a um processo investigativo que determina se uma pessoa ou família é elegível a receber certos benefícios, em geral advindos do governo.

¹⁶ *Housing and Town Planning act*, ou ainda *Addison act*, Tradução própria.

¹⁷ *The Widows, Orphans and Old Age Contributory Pensions act*, tradução própria.

A explicação para a citação é de que as falhas em se estabelecer um sistema de seguridade social mais amplo devem ser entendidas no contexto do pós-guerra civil americana no qual se enquadra o amplo repúdio dos reformistas ao sistema de “democracia de patronagem”¹⁸ no qual partidos e coalizões locais, distribuíam recursos públicos a elementos chaves do eleitorado local; muitas vezes tais benefícios vinham disfarçados como auxílios a veteranos da guerra civil – os militares eram na época o único segmento politicamente organizado o suficiente para ter conseguido garantias de aposentadorias e pensões. Ironicamente tal oposição acabou por limitar severamente as possibilidades de inovação na seguridade, na medida em que os próprios reformistas de classe média e alta – além dos conservadores - temiam que novas formas de gastos públicos saíssem de controle e reforçassem ainda mais a corrupção dos partidos (SKOCPOL, 1995). Tais temores eram ainda mais fortes quando o assunto eram benefícios de natureza não-contributiva¹⁹, apesar do apoio declarado de entidades trabalhistas e do eleitorado em geral para algumas destas medidas.

A falha em criar um *welfare* abrangente nos Estados Unidos, se torna ainda mais evidente após o término da Primeira Guerra Mundial, pois o fim desta trouxe fortes reações contra programas e agências federais responsáveis por programas sociais durante o período de conflito e possibilitou pesados cortes de verbas para tais instituições. A partir daí, liderados pela corrente da escola de Wisconsin, os Estados Unidos iriam tentar adotar o “*welfare capitalism*”, que se refere a todo um conjunto de práticas inovadoras gerenciais e trabalhistas adotadas por certas companhias americanas de alta visibilidade durante os anos 20, e cuja intenção era de prevenir ou suprimir a ação de sindicatos e reduzir a necessidade da seguridade financiada por verbas públicas. (SKOCPOL, 1995)²⁰.

É bem verdade que, na década de 30, o *New Deal* reacendeu as esperanças daqueles favoráveis a um sistema de proteção social mais universalista, mas tais esperanças nunca foram realizadas. Apesar de a

¹⁸ *Patronage democracy* no original.

¹⁹ Em especial a propostas de aposentadoria por idade não contributiva.

²⁰ Para mais detalhes ver a autora em questão.

o *National Resources Planning Board* ter elaborado um relatório propondo a reorganização do sistema de proteção social americano à moda beveridgiana, suas propostas foram politicamente barradas. Desta forma pode ser dito que:

“(...) o sonho de políticas sociais e econômicas de âmbito nacional que atendessem a muitas das necessidades de todos os americanos havia sido dissolvido por políticas domésticas dos anos de guerra. Tal sonho não reapareceria tão cedo, e nunca mais da mesma forma.” (SKOCPOL 1995, pág. 208; tradução própria).

1.2.4 – A Segunda Guerra e o Relatório de Beveridge.

De acordo com Fraser (1984) e Barr (2003), a Segunda Grande Guerra correspondeu a um período dramático onde a vida de todos os ingleses foi diretamente afetada. As diversas classes sociais se misturaram enquanto prestavam serviço militar e durante as operações de evacuação, aumentando a consciência social geral. As aflições sociais decorrentes do conflito permitiram que houvesse uma maior diversificação de aposentadorias pagas; vítimas de bombardeios, dependentes de prisioneiros de guerra, refugiados e etc. Tais benefícios implantados principalmente com base na necessidade, abriram caminho para uma maior generalização das reformas de assistência oferecidas à população. Da mesma forma, a extensão do atendimento emergencial gratuito em hospitais para um grupo cada vez maior de pessoas durante a guerra, serviu de base e exemplo para um sistema de saúde de larga escala e amplamente financiado pelo governo.

Neste contexto de mudanças, o Relatório Beveridge²¹ de 1942 teve grande importância. Suas recomendações ao Governo Britânico eram de que o Estado enfrentasse os cinco "Grandes Males" (pobreza, doença, ignorância, miséria e o ócio) garantindo uma abrangente provisão social "do berço ao túmulo". Mais concretamente, tal relatório sugeria um sistema de seguridade social compulsório, universal e administrado através de uma estrutura nacional, totalmente abrangente em termos de beneficiários e necessidades. Cada cidadão precisaria pagar uma única contribuição através de um único documento a cada semana, sendo que os benefícios pagos pelo

²¹ *Beveridge Report* no original.

desemprego, invalidez e aposentadoria passavam a ser, após certo período transitório, desvinculados da renda obtida anteriormente (UK, 1942). Havia também sido recomendados mais benefícios para viúvas, órfãos e proteção à maternidade (BARR, 2003). Políticas de *means-test* deveriam ser evitadas e, se possível, eliminados.

Muitas das recomendações feitas pelo relatório em questão foram aceitas em três *White Papers* de 1944, denominados *Social Insurance, National Health Service e Employment Policy*. Após a vitória do Partido Trabalhista nas eleições gerais de 1945, diversas políticas sociais, previamente discutidas no Relatório Beveridge, foram transformadas em lei, dando início ao Estado do Bem-Estar Social Britânico moderno apoiado em três pilares: a previdência, ou seguro social; os benefícios universais, aos quais todos ingleses tinham direito incondicionalmente; e a assistência social focalizada na parcela da população mais pobre e, portanto vivendo abaixo dos padrões mínimos aceitos pela sociedade em questão.

Tal noção se espalhou rapidamente pela Europa, e é ainda uma das características sócio-econômicas mais marcantes do continente. Diversos países europeus, como Noruega, Dinamarca, Suécia, Irlanda e Holanda (entre outros) adotaram sistemas de seguridade social similares ao descrito acima, embora combinem vários tipos de benefícios. É importante assinalar que em muitos destes países, as políticas universalistas predominam, tendo as políticas focalizadas de *means-test* peso marginal e agindo principalmente como instrumentos complementares às primeiras (LAVINAS, 2006).

1.3 – Tipos de Benefícios.

Pode ser dito sem muita perda de precisão que a literatura referente ao Estado do Bem-Estar Social concorda que existem diferentes fontes de bem-estar, dentre as mais comuns, vale destacar a família, os sistemas de proteção social, o mercado e o esforço individual. Não é intenção deste trabalho se prender na discussão de quais as fontes mais importantes, mas crê-se aqui ser relevante ressaltar que tal multiplicidade requer que um amplo *welfare* se constitua de políticas sociais capazes de atender a todos estes aspectos;

para tal fim, os diversos tipos de benefícios, com características e finalidades distintas, precisam estar previstos nas políticas sociais de um país.

Neste item serão abordados os benefícios monetários e não-monetários – sendo dedicado um subitem a cada – a fim de esclarecer as características e as vantagens comparativas de cada um. Optou-se por tal abordagem por ser uma separação de fácil entendimento e bem aceita na literatura internacional referente ao assunto.

Além da classificação proposta acima, ocorrerão duas outras distinções referente à natureza dos benefícios: se estes são contributivos ou não contributivos; e se são universais ou sujeitos a condicionalidades²². Se o benefício for contributivo significa que este precisa de contribuição prévia para que alguém se possa tornar beneficiário, i.e. aposentadorias. De forma inversa se for não-contributivo nenhuma contribuição prévia é necessária. É prudente ressaltar que benefícios monetários não-contributivos, como as transferências diretas de renda não-contributivas, não são de elegibilidade automática; pode haver requisitos outros a serem cumpridos para um beneficiário habilitar-se ao recebimento. O fato assinalado leva à necessidade de se explicar a distinção entre benefícios universais e focalizados²³. Os primeiros são garantidos a todos os cidadãos legais de um país e os segundos são restritos a um subgrupo da população em questão, mediante comprovação de sua condição (i.e. idade avançada, pobreza e etc.). Esta discussão será retomada na seção 1.4 deste trabalho, quando tratarmos as questões da focalização e universalização.

1.3.1 – Benefícios Monetários.

Benefícios monetários são benefícios, como o próprio nome diz, pagos diretamente em dinheiro. Têm como seus principais objetivos prevenir a pobreza absoluta, proteger os padrões de vida de uma dada sociedade e assegurar a estabilidade sócio-econômica, não permitindo que seus cidadãos vivam em condições inferiores às consideradas

²² Sujeitos a *means-test*.

²³ A partir daqui, esta será uma das formas de se referir aos benefícios sujeitos a condicionalidades. Também poderão ser chamados de means-tested.

mínimas, e reduzir as desigualdades sociais. Os dois últimos objetivos são bastante controversos, pois tendem a implicar que pobreza seja apenas falta de renda e não um fenômeno multidimensional, uma abordagem bastante ultrapassada como demonstrado por diversos autores como Atkinson (2002), Lavinás (2003), Martins (2008), Sen (2005) e outros. Tais benefícios, basicamente, funcionam através de dois mecanismos:

“(o mecanismo de) *Self-Help* é necessário para pessoas capazes de se sustentar ao longo de sua vida, mas que precisam de um sistema capaz de realocar renda no tempo para anular discontinuidades. (O mecanismo de) Redistribuição vertical é necessário para aqueles incapazes de se sustentarem ao longo de suas vidas”. (BARR 1987, pág. 276, tradução própria).

Dentre os mecanismos de *self-help*, podem ser citados como exemplos seguros e aposentadorias, privados ou públicos. Seriam exemplos do segundo mecanismo a caridade privada e transferências monetárias advindas de receitas dos impostos públicos.

Benefícios monetários também são comumente divididos entre contributivos e não-contributivos. Como mencionado acima, os primeiros pressupõem que é preciso contribuir de alguma forma, normalmente monetária, para se tornar beneficiário. Em contraste, nenhuma contribuição – além da carga tributária definida pela sociedade quando esta optou por tal programa - é requerida para receber benefícios não-contributivos. Apesar de tal distinção parecer trivial, ressalta-se novamente que esta será importante neste trabalho, pois em seções posteriores serão usados termos como transferências diretas de renda não-contributivas, regressividade e etc. Neste caso estar-se-á se fazendo uma referência direta a benefícios monetários para os quais o beneficiário não fez nenhuma contribuição prévia.

1.3.2 - Benefícios Não-Monetários²⁴.

Estudos sobre distribuição de renda e diferenças sociais, freqüentemente baseiam-se primariamente na renda monetária disponível a um indivíduo ou família. Apesar disto,

²⁴Freqüentemente chamados de *Benefits in kind* na literatura inglesa do *Welfare*.

como muitos autores argumentam²⁵, tal renda deve ser encarada como apenas um dos diversos fatores necessários para o bem-estar econômico. Muitos dos benefícios não-monetários afetam diretamente a qualidade de vida das famílias e indivíduos, sejam eles sistemas de saúde e educação gratuitos ou subsidiados, subsídios para a aquisição de moradias ou outros. Esta seção focar-se-á nos benefícios não-monetários obtidos através dos gastos públicos, pois quer se ressaltar aqui que um verdadeiro e completo Estado do Bem-Estar Social não deve se restringir apenas a transferências monetárias e ao conceito já ultrapassado de que pobreza é apenas falta de renda.

É possível que as abordagens citadas acima, apesar de inadequadas, sejam apenas simplificações, afinal uma das características mais marcantes dos benefícios não-monetários é que estes são de difícil mensuração. Sobre isso, Nolan e Russel (2001) afirmam que “benefícios não monetários, (...) podem ser também relevantes (...), mas há um sério problema em estimar seus valores correntes no bem-estar (...)” (NOLAN e RUSSEL 2001, pág. 8). Tais dificuldades levam, inevitavelmente, a uma dificuldade na mensuração em quanto o aumento dos gastos com tais benefícios aumenta o bem-estar social geral. Mas então por que governos iriam gastar tanto com tais benefícios ao invés de se concentrar em transferências de renda? ²⁶

O Bem-Estar social é maximizado através da busca conjunta entre eficiência econômica e justiça social (BARR, 2003). Se os mercados privados alocassem eficientemente seus recursos em todos os setores, possivelmente não haveria necessidade de nenhum gasto público com benefícios não-monetários; entretanto, problemas como a ausência de informação e competição imperfeita impedem tal eficiência.

Em termos de informação imperfeita, pode-se argumentar que na área da saúde, por exemplo, os indivíduos não saibam o quão doentes estão, quais os tratamentos disponíveis, como escolher seguir o conselho de um médico (no caso o ofertante do serviço) ao invés de outro e etc. Mesmo que a informação esteja de fato disponível, a medicina é um assunto inerentemente complexo e técnico, no qual os custos de decisões

²⁵ Nolan, B. e Russell, H. (2001), Barr (2003) entre outros.

²⁶ Na verdade, pode-se dizer que diversos governos, principalmente na América Latina tem se focalizado cada vez mais em transferências diretas de renda, em nome de uma melhor gestão de recursos.

erradas são freqüentemente altos e irreversíveis. Em consequência disto decorre que:

“(…) há um limite para a capacidade de os consumidores entenderem (a medicina) sem que eles mesmos se tornem médicos. O problema é ainda exarcebado pela existência de grupos os quais não conseguiriam utilizar tal informação mesmo que já dispusessem dela, tais como os deficientes mentais e vítimas de trânsito.” (BARR 1987, pág 294, tradução própria.)

A ausência de informação sozinha, porém, não resulta necessariamente em ineficiência; para fazer escolhas racionais, os consumidores precisam da informação necessária e de poder de exercer suas escolhas. “Não deve haver nenhuma restrição à habilidade de os indivíduos consumirem (...) além daquelas impostas pelas diferenças de suas rendas monetárias.” (BARR 1987, pág 294, tradução própria). No contexto da saúde, tal poder se manifesta através da habilidade de conhecer o sistema existente e na habilidade de se manifestar articuladamente, sendo implausível supor que todos os consumidores tenham capacidade para tal.

Ainda no setor de saúde, pode-se argumentar que um indivíduo, raramente, senão nunca, terá conhecimento sobre suas necessidades futuras. As pessoas não sabem, em geral, quando e quão doentes ficarão, e nem mesmo por quanto tempo a enfermidade durará. Existem incertezas no que se refere à (falta de) informação futura. O modelo de seguros privados, o qual torna viáveis os planos de saúde, a princípio seria uma solução adequada, mas uma análise mais apurada revela que a situação pode de fato ser complexa. O risco moral torna o processo desnecessariamente complicado e a seleção adversa faz com que os mais necessitados se tornem indesejavelmente caros, causando o mau funcionamento do mercado e sua exclusão (AKERLOF 1970 e BARR 2003).

Também no setor da educação sabe-se que a informação assimétrica causa grandes dificuldades. A própria noção do que se constitui propriamente em uma boa educação é subjetiva. Pode-se argumentar também que pais com poucos anos de estudo tenham mais dificuldades do que pais com mais anos de estudo, em tomar decisões relacionadas a seus filhos (inclusive relacionadas à educação dos mesmos, agravando o problema). Tal dificuldade pode ser uma barreira adicional, além da renda monetária, como discutida anteriormente, ao consumo da educação.

Também no âmbito da habitação o Estado pode querer intervir, pois por diversas

vezes o sistema privado acaba por funcionar bem apenas para aqueles que podem pagar. Particularmente em grandes centros urbanos, as camadas mais pobres de uma população podem ser levadas a viver segregadas e em situações inadequadas ao planejamento urbano, à saúde e à segurança pública, gerando externalidades negativas. A política de moradia visa combater essa ineficiência.

1.4 – As Questões da Universalização e da Focalização.

Ao se tratar de políticas públicas, dois princípios devem ser sempre lembrados: o da igualdade e o da equidade. Pelo primeiro, todos os indivíduos têm direitos iguais, adquiridos através da participação na coletividade e de sua condição como cidadão. É este princípio que fundamenta os direitos da cidadania. Já o princípio da equidade afirma que os indivíduos são inerentemente diferentes entre si e, portanto, necessitam de tratamento diferenciado a fim de reduzir as desigualdades existentes.

Apesar de ambos se apoiarem em argumentos razoáveis, tais princípios remetem a um tema recorrente na formulação de políticas sociais: as divergências entre focalização e universalização. Na universalização segue-se a idéia da igualdade; todos os indivíduos têm direito de acesso a serviços públicos por força dos direitos de cidadania. Tal opção é em geral a mais cara, mas tem a vantagem de garantir serviços de forma indiscriminada, atuar preventivamente e não gerar estigma. Como se pode esperar, o maior obstáculo à universalização é a escassez de recursos. O público-alvo dos programas universais geralmente é, por definição, muito extenso, o que pode representar uma sobrecarga para os orçamentos da política social. Reduzir os custos dos serviços prestados, para evitar tal sobrecarga, pode implicar na redução da sua qualidade. Pode existir portanto, um *trade-off* entre qualidade e cobertura.

Por outro lado, na focalização, seguindo o princípio da equidade:

“(...) os recursos disponíveis são concentrados em uma população de beneficiários. Os indivíduos-alvo das políticas focalizadas são, geralmente, aqueles em maior “desvantagem”, como os pobres, as minorias etc.” (MARIANO 2007, pág. 1).

É importante também mencionar que a focalização é muito frequentemente defendida através do argumento da eficiência dos gastos o qual é bem exemplificado pelo seguinte trecho:

“(...) quanto mais preciso for o método utilizado para alcançar os pobres, menor será o desperdício, e menores serão os custos envolvidos para se chegar ao objetivo desejado.” (FARIA 2007, pág. 290).

Porém, quando se introduzem variáveis políticas na análise, a opção pela focalização pode, em longo prazo, ser desvantajosa para os mais vulneráveis. Sobre isso:

“A maior parte da literatura sobre políticas sociais mostra que a consolidação dos programas sociais em diversos países do mundo dependeu de coalizões políticas entre diversos grupos da sociedade e que a ruptura dessas coalizões leva ao desmoronamento dos programas. A focalização dos programas nos grupos mais pobres da sociedade implica, por exemplo, perdas para as classes médias. Estas tendem a ser bastante influentes nos processos políticos e na máquina burocrática, reagindo às perdas com a retirada de seu apoio a programas sociais. Os grupos pobres, com pequena capacidade de mobilização, são incapazes de substituir esse apoio realizando novas coalizões e, portanto, os programas começam a se extinguir, fazendo com que um instrumento desenhado inicialmente para o benefício dos mais pobres (a focalização) torne-se um mecanismo prejudicial a seus interesses.” (MARIANO 2007, pág 1).

É também necessário especial cuidado ao se estabelecer *means-tests*²⁷ para que estes não sejam excessivamente complicados²⁸ de forma a penalizar seus beneficiários e invalidar a vantagem operacional da focalização - mencionada acima - ou criem falhas²⁹ no atendimento. Sobre isso Barr afirma que em “um esquema ideal (de focalização dos benefícios) não haverá nenhuma falha, i.e. os benefícios irão para todos aqueles que necessitam deles” (BARR 1987, pág. 240; tradução própria). Porém, na prática isto tende a não ocorrer; neste caso tais falhas podem se originar ou porque as regras de elegibilidade foram instituídas de maneira insuficiente³⁰, deixando grupos vulneráveis inelegíveis para o benefício, ou porque o “*take-up*”³¹ é inferior a cem por cento”³²(BARR

²⁷ Como definido na nota de rodapé nº 15.

²⁸ No sentido de excessivamente burocráticos.

²⁹ *Gaps* no original.

³⁰ Cabe aqui destacar a subjetividade inerente à escolha do ponto de corte que separa elegíveis de não-elegíveis.

³¹ O termo faz referência à taxa de cobertura.

1987, pág. 240; tradução própria). No segundo caso, pelo lado da demanda, pode ocorrer que pessoas elegíveis resolvam não clamar o que lhes é de direito, ou por falta de informação, ou por causa do estigma social que tal ato acarreta. Pode ser também que provar a elegibilidade seja demasiadamente “custoso”, e.g. longas filas, burocracia, requerimento da presença física em local muito distante (custos de inconveniência) e etc. Pelo lado da oferta, pode ser que haja discriminação ou informação imperfeita sobre os direitos dos requerentes por parte das autoridades responsáveis pela distribuição dos recursos. Em todo o caso, todos os problemas apresentados acima devem ser vigiados cuidadosamente, pois corroem a eficiência de políticas sociais focalizadas.

Este trabalho assumirá que um verdadeiro e completo Estado do Bem-Estar Social tende a utilizar ambos os modelos de política e benefícios combinados, tentando encontrar um equilíbrio entre as duas visões que busque não só a eficiência econômica, mas também a maximização do bem-estar social de uma dada população sem gerar estigmas.

1.5 – O Modelo de Proteção Social Latino-Americano e as Limitações das Políticas Sociais Adotadas na Região.

De acordo com Mesa-Lago (2004), ao fim da década de 70, todos os países da América Latina já tinham desenvolvido algum tipo de seguro social, consideravelmente antes do que muitos outros países em desenvolvimento da África, Ásia e Oriente Médio. O mesmo autor aponta que haviam diferenças importantes entre os sistemas de proteção social latino-americanos até os anos 80, o que permitiu que fosse criada uma tipologia para classificar os países da região quanto à maturidade e amplitude dos programas previdência da região. Desta forma os países latino-americanos foram qualificados e ordenados em três grupos: o pioneiro-alto, o intermediário e o tardio-baixo. Sobre o primeiro, formado por Uruguai, Argentina, Chile, Cuba, Brasil e Costa Rica³³, explica-

³² Refere-se à soma dos erros de cobertura (ou de tipo I) e erros de vazamento (ou de tipo II) na literatura.

³³ “Pela data de criação de seus programas e sua população jovem, a Costa Rica pertencia ao grupo

se:

“(…) O grupo pioneiro-alto foi o primeiro a estabelecer os sistemas de seguros sociais na região. Nas décadas de 20 e 30, alcançou a maior cobertura e o maior desenvolvimento desses sistemas, sua população estava relativamente mais envelhecida e sua expectativa de vida era mais alta; entretanto os sistemas adoeciam por estratificação, altos custos, déficit crescente e desequilíbrio financeiro e atuarial”. (MESA-LAGO 2004, pág. 19).

Já o grupo intermediário, composto por Panamá, México, Peru, Colômbia, Equador e Venezuela:

“(…) implementou seus programas principalmente nas décadas de 40 e 50, influenciando pelo Documento Beveridge e pelas convenções da OIT, conseguiu uma cobertura e um desenvolvimento médio para seus sistemas, os quais estavam menos estratificados, tinham um custo menor e uma situação financeira melhor em comparação ao primeiro grupo; ainda que já enfrentassem algum desequilíbrio”. (MESA-LAGO 2007, pág. 19).

Por fim, tem-se o grupo tardio-baixo, compreendido por Paraguai, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicarágua, Honduras e Haiti. Caracterizado por:

“(…) ter sido o último a introduzir seus programas, nas décadas de 60 e 70. Sua população era a mais jovem e sua expectativa de vida, a mais baixa; seus sistemas eram relativamente mais unificados e sofriam de menos problemas financeiros, mas possuíam a menor cobertura e o menor desenvolvimento”. (MESA-LAGO 2007, pág. 19 fazendo referência a MESA-LAGO 1985).

Seguindo a tipologia apresentada acima, o autor³⁴ afirma que no período de 1980 a 1990, a cobertura média regional aumentou e permaneceu constantemente acima do padrão mínimo³⁵ exigido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). No mesmo período, detecta-se que, apesar da tentativa de se unificar e normalizar os diversos programas e regimes, continuaram a sobrexistir “programas privilegiados para as forças armadas e funcionários públicos em quase todos os países” (MESA-LAGO 2007, pág

intermediário; mas ao considerar a extensão da cobertura, o desenvolvimento e o custo de seu sistema, colocava-se no grupo pioneiro-alto”. (MESA-LAGO 2007, pág. 19)

³⁴ Mesa-Lago (2007)

³⁵ 50% do total de trabalhadores assalariados, assim como seu cônjuges e filhos; 20% da população economicamente ativa residente, assim como seus cônjuges e filhos; ou 50% de todos os residentes em conjunto

36). Quanto ao acesso aos benefícios, este era relativamente liberal no grupo pioneiro-alto, e progressivamente mais restrito nos dois grupos restantes. Havia também uma tendência clara de que na medida em que a população dos países envelhecia, uma maior porcentagem dos gastos totais da seguridade era utilizada para pagar aposentadorias contributivas (MESA-LAGO, 2004), limitando, portanto, a cobertura da proteção social.

Começando na década de 90, influenciados pela ascensão do neoliberalismo, a globalização, o envelhecimento da população, os diversos países latino-americanos começaram a reformar seus sistemas de seguridade social baseado nos princípios básicos³⁶ expostos pelo Banco Mundial e perfilados pelo BID e o FMI (MESA-LAGO, 2007). Tais princípios eram: a falta de capacidade financeira dos sistemas previdenciários públicos frente aos privados, substituição do princípio da solidariedade (quem pode também contribui pra quem não pode) pelo de equivalência (vínculo estreito entre contribuição e recebimento da prestação), separação dos diversos programas sociais, administração por múltiplas administradoras concorrentes, a promoção da poupança nacional a fim de desenvolver o mercado de capitais, a imunidade a ingerência estatal e etc.

A Tabela 1 mostra as características gerais dos diferentes tipos de reformas, como classificadas por Mesa-Lago (2004). O Modelo substitutivo “fecha o sistema público (não se permitem novos filiados) e o substitui por um sistema privado” (MESA-LAGO 2007, pág. 41). No modelo Paralelo o sistema público não é fechado e sim reformado para posteriormente se tornar concorrente do privado. Já o modelo misto integra o sistema público com o privado. Grosso modo, o primeiro se torna responsável pelo benefício básico e o segundo pela oferta de benefícios complementares. Por fim, existe o grupo de países que não realizaram uma reforma na previdência social ou que – o caso

³⁶ Como definido no *Averting the Old Age Crisis* (1994) do Banco Mundial, tais princípios seriam: o questionamento da capacidade financeira dos sistemas públicos, a substituição do princípio da solidariedade pelo de equivalência, a separação dos diversos programas, administração por múltiplas administradoras concorrentes, a promoção da poupança nacional a fim de desenvolver o mercado de capitais, a imunidade a ingerência estatal e etc.

brasileiro – realizaram reformas paramétricas³⁷.

Tabela1: MODELOS E CARACTERÍSTICAS DAS REFORMAS DE PREVIDÊNCIA NA AMÉRICA LATINA.

Modelo, país e data de início de reforma	Sistema	Contribuição	Prestação	Regime Financeiro	Administração
REFORMAS ESTRUTURAIS					
Modelo substitutivo: Chile:1981 Bolívia: 1997 México:1997 El Salvador: 1998 R.Dom: 2003-06 Nicarágua: 2004	privado	definida	não-definida	capitalização plena e individual	privada **
Modelo Paralelo: Peru: 1993 Colômbia: 1994	público ou privado	não-definida definida	não-definida definida	Repartição* CPI	Pública Privada**
Modelo Misto: Argentina: 1994 Uruguai: 1996 Costa Rica: 2001 Equador: 2004	público e privado	não-definida definida	não-definida definida	Repartição* CPI	Pública Múltipla
REFORMAS PARAMÉTRICAS OU SEM REFORMAS					
Brasil Cuba Guatemala Haiti Honduras Panamá Paraguai Venezuela	público	não-definida	definida***	Repartição ou capitalização parcial coletiva (CPC)	Pública

Fonte: Mesa-Lagos (2007), pág. 40.

*No Peru, na Argentina e no Uruguai, mas CPC na Colômbia e Costa Rica.

Múltipla no México, na Rep. Dominicana e Colômbia. * Contribuição definida, por parte do programa do setor privado no Brasil.

Deixando a questão da previdência Social de lado para tratar da assistência social, percebe-se que, antes das reformas previdenciárias, apenas os seis países do grupo

³⁷ Reforma nos parâmetros como idade mínima, tempo de contribuição e etc.

pioneiro-alto - Uruguai, Argentina, Chile, Cuba, Brasil e Costa Rica - tinham programas assistenciais; os dois grupos restantes, os quais eram relativamente mais pobres, ainda precisavam aplicar tais programas. Apesar do fato apresentado, a assistência não se expande nos anos seguintes. Como consequência da crise da década de 90 e das reformas neoliberais, as políticas assistenciais tradicionais, já limitadas a um pequeno grupo de países, passaram a se restringir à implementação de uma rede mínima de proteção social, cujo objetivo não é o de eliminar a pobreza, mas de assegurar um nível mínimo de subsistência que atenuar os efeitos das políticas de ajuste, tão presentes em tais economias durante o período mencionado (MESA-LAGO, 2000).

Na visão de Lo Vuolo et al (1999), esse novo modelo de política assistencial pode ser denominado de assistencialista focalizado e contribui para consolidar um modo de regulação estática da pobreza, que se preocupa mais em preservar a situação da população beneficiada, do que propriamente em tirar os pobres da pobreza. Ainda sobre o modelo assistencialista focalizado, Lavinias acrescenta que “esse modo de regulação limita-se à administração das políticas dirigidas aos pobres, de custos sabidamente elevados e alta ineficiência” (LAVINAS 2006, pág. 3).

Apesar da relativa rapidez com a qual os países latino-americanos implementaram seus sistemas previdenciários frente a outras regiões subdesenvolvidas, fica fácil perceber que o sistema de proteção social na América Latina jamais se constituiu verdadeiramente em um Estado de Bem-Estar Social. Lavinias (2006) acrescenta que os sistemas de proteção social da América Latina são de cunho “corporativista-meritocrático” (LAVINAS 2006, pág.2) e voltados aos segmentos formais da economia. Segundo a mesma autora, o sistema de proteção social da região se caracteriza por oferecer cobertura restrita a qual tende a excluir os segmentos mais pobres da população em razão de seus vínculos instáveis com o mercado de trabalho.

“A questão da pobreza só aparece como questão social na América Latina mais recentemente, e parece reforçar um enfoque cada vez mais distante daquele, universalista, que presidiu à reestruturação dos sistemas de proteção social europeus do pós-guerra. De fato, a dimensão compensatória da proteção social parece ganhar autonomia e existência própria, desarticulada e desvinculada do sistema de seguridade social como um todo, já que as políticas de combate à pobreza passam a caminhar em paralelo e sem metas definidas.” (LAVINAS 2006, pág. 2)

Em um continente, onde a presença do mercado de trabalho informal é longe de ser negligenciável, pois em alguns países como a Bolívia apenas 32% do total da força de trabalho é ocupada formalmente (SADER, 2006), fortemente associado à pobreza, e onde as políticas assistenciais são muitas vezes de cunho populista e eleitoreiro, o caminho para a consolidação de políticas universalizantes e de um Estado Social é tortuoso e se constitui em grande desafio. Apesar disto, o Brasil parece querer romper com esse modelo a partir da criação do Sistema de Seguridade Social em 1988.

CAPÍTULO II – A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA SEUS SUBSISTEMAS E BENEFÍCIOS

2.1 – A Constituição Federal de 1988 e a Manutenção do Sistema de Proteção Social Brasileiro em Anos Recentes.

Alguns autores, como Bocchi (2003), afirmam que as primeiras medidas legislativas visando algum tipo de proteção social aos empregados públicos podem ser traçadas de volta até o final do Império. Neste sentido, o mesmo autor cita as Caixas de Socorro de cada uma das estradas de ferro estatais criada em 1888, o Montepio Obrigatório dos Empregados do Ministério da Fazenda através de 1890, as Caixas de pensões e Empréstimo para o Pessoal das Capatazias da Alfândega do Rio de Janeiro em 1912 e outras. Bocchi (2003), lembra ainda que apenas em 1923 os empregados de empresas privadas começaram a receber benefícios deste tipo,

“pois com a promulgação do Decreto Legislativo n. 4.682 de 24 de janeiro, conhecido como Lei Eloy Chaves, foi instituída uma Caixa de Aposentadorias e Pensões junto a cada empresa ferroviária, tornando seus empregados segurados obrigatórios. Para esses empregados a lei previa vários benefícios, tais como a assistência médica, aposentadoria por tempo de serviço, por idade avançada, por invalidez e pensão aos seus dependentes, e, em 1926, a Lei n. 5.109 concedeu o mesmo regime de amparo aos empregados de empresas de navegação marítima e fluvial, bem como aos portuários.” (BOCCHI 2003, pág. 14)

Seguindo o rumo do decreto legislativo apresentado acima, a criação do Ministério do Trabalho em 1930, que possuía atribuições de previdência social, cria condições mais favoráveis à fomentação e criação de diversos institutos que visavam amparar “não apenas os servidores de uma só empresa, mas o pessoal assalariado de determinada categoria profissional” (BOCCHI 2003, pág.14).

Para Teixeira (2006), é em 1933 que surge a primeira organização do sistema previdenciário público brasileiro. Estruturado nacionalmente através dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), visava cobrir todos os trabalhadores de categorias profissionais pré-determinadas e tinha financiamento tripartite – o Estado, a empresa empregadora e o segurado contribuem cada um com uma parcela prevista pela Constituição Federal de 1934.

De maneira similar, para o IPEA (2007), o sistema de proteção social brasileiro começa no início dos anos 1930, estruturado de maneira a ser vinculado ao trabalho e associado a benefícios contributivos. Ainda segundo a fonte acima:

“o capitalismo aqui instalado e a atuação regulatória do Estado no campo trabalhista não lograram universalizar o fenômeno do assalariamento formal, tornando incompleto o processo “civilizatório” de um capitalismo minimamente organizado, tal qual levado a cabo nas experiências dos países europeus” (IPEA 2007, pág. 8).

Como o trecho destaca, ficavam protegidos em tal sistema apenas os brasileiros formalmente ocupados; toda uma parcela da população, ligada ao trabalho informal e/ou a atividade rural de subsistência, se encontrava excluída dos benefícios oriundos da proteção social.

Em 1945 houve no Brasil a tentativa de reformar o sistema vigente até então, através da criação do Instituto dos Serviços Sociais do Brasil, que previa a unificação das diversas instituições da área. Tal tentativa nunca vingou por conta da deposição do então presidente Getúlio Vargas e a subsequente troca de governo (BOCCHI, 2003). Desta época pode ser dito que a promulgação da constituição da Constituição Federal de 1946 por parte da nova administração não alterou de maneira significativa o sistema até então vigente, interferindo somente no estatuto da prestação da assistência médica³⁸.

É somente na década de 60, sob o regime militar, que os programas começam a se unificar com Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) e com a criação Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A primeira assegura tratamento igual a todos os segurados e seus dependentes e o segundo unifica as diversas instituições previdenciárias sob o INPS. Também relevante, foi a instituição do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, que estendia os direitos trabalhistas e previdenciários ao trabalhador em questão (BOCCHI, 2003 e TEIXEIRA, 2006).

A Constituição de 1988 torna-se um grande marco na história das políticas sociais brasileiras. De caráter universalizante e inclusiva, a Carta rompe com a concepção de proteção que vigorava no Brasil, de caráter eminentemente contributivo e restrito a

³⁸ As despesas referentes a estas crescem rapidamente, “implicando a constituição de um amplo aparato de serviços de saúde diretamente vinculado aos IAPs” (TEIXEIRA 2006, pág. 59).

algumas categorias, e elabora as bases legais para a instituição de um sistema de seguridade social nacional, adotando os moldes recomendados pela Convenção Nº 102/1952 da OIT³⁹, caracterizando-se como sistema de:

“proteção social que a sociedade proporciona a seus membros, mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais, que de outra maneira, provocariam o desaparecimento ou forte redução dos seus rendimentos em consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho, enfermidade profissional, emprego, invalidez, velhice e morte, bem como de assistência médica e de apoio à família com filhos”. (ANFIP, 1995, p. 31).

Em adição aos recomendados acima, a Constituição Federal de 1988 ainda adotou explicitamente os seguintes princípios-chaves (CF/1988 – Art. 194) na elaboração do sistema de seguridade social brasileiro: a universalidade da cobertura de atendimento, a uniformidade e equivalência dos benefícios rurais e urbanos, a seletividade e distributividade na prestação dos serviços, a irredutibilidade no valor dos benefícios, a diversidade da base de financiamento estruturada em Orçamento da Seguridade Social, a equidade na forma de participação no custeio e, por último o caráter democrático dos subsistemas de seguridade social (Previdência, Saúde e Assistência).

Para proteger os indivíduos e as famílias acometidos por riscos sociais, o sistema de seguridade social brasileiro se ampara em quatro “pernas”: um sistema de previdência Social de caráter contributivo; um sistema de Assistência Social, gratuito e focado nas camadas mais pobres; um sistema de Saúde (Sistema Único de Saúde) gratuito e por um subsistema de seguro-desemprego vinculado ao Ministério do Trabalho e Emprego. Regulamentado pelas Leis Orgânicas da Previdência (Leis nº8. 212 e 8.213 de junho de 1991), pela Lei Orgânica da Saúde (8.080 de setembro de 1990 e 8.142 de dezembro de 1980) e pela Lei Orgânica de Assistência Social (8.742 de dezembro de 1993), o Sistema de Seguridade Social brasileiro foi elaborado para assumir uma forma bastante peculiar. Como elaborado, desfrutaria de quase completa independência administrativa e financeira, funcionando sob três instituições estruturantes: o Ministério da Seguridade Social, o Conselho Nacional da Seguridade Social e um Orçamento da Seguridade Social, este independente do Orçamento Fiscal (IPEA, 2007).

³⁹ Organização Internacional do Trabalho.

Curiosamente este formato previamente elaborado, nunca se tornou realidade; apenas o orçamento da Seguridade vingou, e apesar de continuar existindo, é vítima de constantes ataques por seus opositores os quais defendem o fim da autonomia em questão. Na verdade, pode-se dizer que, apesar de todo o esforço constitucional de criar uma base legal para a reestruturação da Seguridade Social e a ampliação de sua cobertura, a implementação das políticas sociais foi condicionada pela agenda macroeconômica adotada pelo Governo Federal durante a década de 90. Tal agenda, norteadas por princípios neoliberais - em total acordo com os ideais que chegavam ao país naquele momento, mas em desarmonia com a Carta Constitucional de 1988 - previa reformas nas políticas sociais pautadas por cinco diretrizes:

“universalização restrita, privatização da oferta de serviços públicos, descentralização da sua implementação, aumento da participação não governamental na sua provisão e focalização sobre a pobreza extrema em algumas áreas da política social” (IPEA 2007, pág. 8).

Seguindo esta lógica, nota-se que apesar de a oferta de serviços e bens públicos e gratuitos ter aumentado na área da saúde e educação, percebe-se que tal aumento foi acompanhado por um intenso avanço do setor privado nestas mesmas áreas. Tal avanço possivelmente demonstra que o papel do setor privado tenha se expandido para além da simples complementação – havendo, portanto um déficit de oferta pública.

Na área da Previdência Social, o caráter contributivo do RGPS - O Regime Geral de Previdência Social, a ser melhor explicado adiante – associado ao elevado grau de informalidade das relações de trabalho no país contribui para criar sérios empecilhos a uma cobertura total da população das regiões urbanas. Além disso, como o valor médio dos benefícios concedidos é muito baixo⁴⁰, a atuação do setor de previdência complementar, apesar de ainda não totalmente regulamentado, tem se tornado cada vez mais relevante para os segmentos mais afortunados da população.

Já a área da assistência social, voltada a amparar exclusivamente aos mais pobres e incapazes de prover seu próprio sustento, se depara com um problema de origem teórica. Por questões de controle de gastos e minimização das pressões fiscais sobre a estrutura de financiamento público, seus programas precisam se manter dentro de certos limites

⁴⁰ 2/3 ainda são no valor do piso de um salário mínimo.

bastante estreitos estabelecidos pelos critérios de elegibilidade aos benefícios. É argumentável que em um país que possui uma fração relativamente grande da população recebendo rendimentos muito baixos e sem uma linha oficial de pobreza única (o caso do Brasil), haverá uma escolha arbitrária de critérios capazes de satisfazer um dado orçamento, mas não necessariamente eficiente e justo do ponto de vista da cobertura em questão.

Ao longo deste capítulo, serão discutidos mais detalhadamente alguns dos subsistemas previamente apresentados (as “quatro pernas”), com objetivo de demonstrar que apesar do que foi originalmente elaborado:

“(…) a universalidade da cobertura e do atendimento, no que diz respeito ao conjunto das políticas de educação e de seguridade (saúde, previdência e assistência social), não se firmou totalmente, nem como princípio ideológico geral e tampouco como prática do Estado na implementação concreta de tais políticas (...)” (IPEA 2007, pág.9).

Além disto, poderá ser observado que o processo de reestruturação das políticas sociais observado no Brasil durante as décadas de 1990 e 2000 optou por promover a instituição de políticas de transferências de renda fortemente focalizadas, que asseguram um *safety net* insuficiente e pouco eficaz em retirar da pobreza absoluta a totalidade dos indigentes.

2.1.1 – A História Recente da Seguridade Social Brasileira e os Perigos da Desconstrução e da Nova Super-Receita.

A Constituição Federal brasileira de 1988, por seu caráter inovador (no sentido de romper com a mentalidade vigente até então) e significado histórico, trouxe perspectivas promissoras para a organização das políticas sociais de Estado. A partir de sua inauguração, o Poder Público passaria a exercer um papel essencial na produção, provisão e regulação de bens e serviços entendidos como essenciais a manutenção dos direitos sociais dos cidadãos brasileiros.

Como toda peça de legislação importante, a Carta Constitucional gerou reações adversas. Opositores afirmavam que o grau de rigidez orçamentário se elevaria de forma

inaceitável, uma vez que foram definidas maiores vinculações de receitas de caráter obrigatório e maiores transferências constitucionais a estados e municípios. Igualmente importante era a retórica que favorecia o argumento de que qualquer esforço feito com o objetivo de se aumentar a arrecadação tributária poderia ser inútil do ponto de vista do controle do déficit público e do equilíbrio orçamentário; seria necessário criar novos impostos a fim de se obter recursos adicionais a esse fim.

A rearticulação do bloco conservador no início dos anos 90, com a eleição de Fernando Collor de Mello e o fortalecimento das propostas neoliberais no país, estabelece um cenário favorável às manobras políticas que tinham “como principal objetivo a obstrução à consumação dos novos direitos sociais que haviam sido inscritos na Constituição de 1988” (IPEA 2007, pág. 30). Tais manobras se aproveitaram do fato de que a conversão dos direitos sociais recém-estabelecidos em políticas públicas não acontecia de forma automática; eram necessárias legislações complementares específicas determinando a implementação, formato da ação pública, mecanismos de acompanhamento e etc.

Tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) como a Previdência Social se tornaram alvo das forças conservadoras. A lei 8.212 de 24 de Julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Organização e Custeio da Seguridade Social, capturava recursos sociais para financiar encargos

“típicos do orçamento fiscal, como a utilização de recursos provenientes da contribuição sobre os lucros para pagamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU)”. (IPEA 2007, pág. 30).

O veto presidencial a 25 itens da Lei Orgânica da Saúde atingiu seriamente a estrutura de financiamento do SUS (FAGNANI, 1997). Apesar destas perdas, o tumultuado fim do Governo Collor impediu que tal processo de desconstrução continuasse a ganhar força.

Com o fim do Governo Collor, Itamar Franco assume como presidente e retoma o processo de montar a legislação complementar à Constituição Federal. Como peças centrais de tal legislação, podemos identificar as Leis Orgânicas da Previdência Social,

da Assistência Social e da Função Social da Propriedade Fundiária. Pode-se citar também como mérito deste governo a instauração da Previdência Rural, de impacto inquestionável quanto à ampliação da cobertura em direção a uma maior universalização dos direitos previdenciários, redução da desigualdade e da pobreza rural.

Apesar das mudanças supracitadas, é importante lembrar que esse mesmo governo continuava a adotar, no campo econômico, a lógica neoliberal; as vinculações de recursos às políticas sociais, portanto, se apresentavam como o grande obstáculo ao equilíbrio orçamentário e ao ajuste fiscal. Com o objetivo de superar tal obstáculo, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE), que apesar do nome, não tinha como objetivo reforçar as políticas sociais e sim flexibilizar a ação política e financeira na área em questão desvinculando verbas do orçamento da União e as direcionando para o fundo. Tal processo daria ao governo margem para remanejar e/ou cortar gastos “supérfluos” e era considerado essencial para o êxito do plano real.

Fernando Henrique Cardoso (FHC) governa a seguir, por dois mandatos; de 1995 a 1998 e de 1999 até 2002. Durante seu primeiro mandato, o governo atua de forma dual ao tentar promover reformas “restritivas”, ao mesmo tempo em que se vê obrigado a dar continuidade às políticas de direitos sociais básicos, instituídos pela Constituição de 88. Houve melhoras principalmente no financiamento da saúde através da emenda constitucional nº 29, a qual estabelece patamares mínimos de aplicação de recursos da União, dos estados e dos municípios na manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴¹. No entanto, recuou-se em outros aspectos; pode-se citar como exemplo o fato de o Fundo Social de Emergência (FSE) – explicado acima - ter sido prorrogado até 1999 sob o nome de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), e mais tarde reencarnado como Desvinculação de Receitas da União (DRU) em de 2000 a 2002.

A crise externa do balanço de pagamentos se torna o tema do segundo mandato. Monitorado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), o governo brasileiro opta por

⁴¹ Tal mudança, durante a elaboração deste trabalho, ainda não havia sido totalmente regulamentada e por conta disto não era fato em todos os estados e municípios até a presente data; porém supondo que tal regulamentação eventualmente ocorra, o projeto em si se torna importante dada a sua intenção de proteger os recursos destinados à Saúde.

um forte ajuste fiscal no plano interno (IPEA, 2007). Mediante o corte dos gastos e ataque dos defensores da política econômica vigente, diversos sistemas da política social sofreram perdas e tem sua ampliação de cobertura restringida. Apesar disto:

“dadas as salvaguardas jurídicas do sistema de Seguridade Social, da vinculação de impostos à educação e, depois de 2000, da vinculação de recursos à saúde, protegem o gasto público vinculado a direitos sociais, impedindo que ele sucumbisse ao ajustamento recessivo.” (IPEA 2007, pág. 32).

O Regime Geral da Previdência Social (RGPS, o Sistema Único de Saúde (SUS), o seguro-desemprego, o ensino fundamental, os benefícios de prestação continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (entre outros) estavam protegidos pela vinculação às receitas de impostos e contribuições sociais. O princípio do salário mínimo como piso dos benefícios também criava uma barreira a um possível corte de gastos através da redução dos benefícios associados a estes sistemas de benefícios. A conclusão é que de forma geral, durante o período FHC, os sistemas mencionados neste parágrafo, apesar de terem sido limitados em cobertura e escopo, perderam muito menos recursos do que os programas de iniciativa própria do governo dadas as salvaguardas jurídicas originadas dos preceitos estabelecidos pela Constituição de 1988, porém debilitou-se a nova institucionalidade de assistência, e.g. comum social.

O subsequente Governo Lula mantém, ao assumir, a restrição dos gastos para geração de superávit primário, estratégia herdada dos governos anteriores. A DRU foi prorrogada até 2007, e posteriormente, com o fim da CPMF, até 2011 e somada às isenções de contribuições sociais dadas aos bancos em nome da redução dos *spreads* bancários, contribuiu para a fragilização das receitas reservadas à política social calçada em direitos constitucionais.

Apesar das medidas citadas no parágrafo anterior, pode-se verificar que os resultados para o conjunto do Sistema de Seguridade Social no período de 1995-2005, são, contudo de ampliação do gasto social e dos benefícios (IPEA, 2007). No entanto, é preocupante o desrespeito às regras constitucionais, não só pelo perigo de enfraquecer a Carta de 1988 em si, mas também pelo perigo de desconstrução do Sistema de Seguridade Social já estabelecido. Pode-se também argumentar que existe uma clara falta de sincronia de objetivos demonstrada pelo Governo Federal na área analisada.

Outro aspecto preocupante diz respeito à criação da Super Receita e a supressão do orçamento de Seguridade. Contemplada no projeto de lei 6272/05, que prevê a criação da Receita Federal do Brasil e une a arrecadação da Receita Federal com a da receita previdenciária (INSS), a “Super-Receita” abre a possibilidade de desvios de recursos que deveria ser aplicados na Seguridade para, por exemplo, compor o Superávit Primário.

2.2 – Os Subsistemas da Seguridade Social Brasileira.

Dentro desta seção, este trabalho pretende estudar e descrever separadamente os subsistemas da Seguridade Social brasileira a fim de entender como se estruturam e se complementam. Serão também apresentados seu funcionamento e os benefícios que ofertam a fim de descobrir, mais adiante, indícios do porque houve uma opção pela forte focalização nas políticas sociais através das transferências diretas de renda aos reconhecidamente pobres ao invés da universalização.

2.2.1 - A Previdência Social.

A Previdência Social é uma política que tem por objetivo repor a renda dos indivíduos - e seus dependentes, quando apropriado - nas situações em que eles perdem, temporária ou permanentemente, sua capacidade de trabalho. Ela é uma espécie de seguro que garante a renda – mínima que seja - em casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice⁴². É uma compensação em caso de inabilidade assegurada com base em contribuição prévia.

⁴²Dentre os benefícios existentes no sistema previdenciário brasileiro, especialmente no Regime Geral de Previdência Social (que abarca a maioria dos trabalhadores), destaca-se que: para os casos de doenças, há o auxílio-doença; a aposentadoria por invalidez; o auxílio-maternidade; as aposentadorias por idade; pensão por morte para aos dependentes; há o auxílio-doença acidentário, aposentadoria por invalidez acidentária e pensões por morte acidentária. Há ainda a aposentadoria por tempo de contribuição que não está relacionada com nenhum dos riscos clássicos mencionados. Ver seção 2.2.1.1.

No Brasil, desde seu surgimento, a Previdência Social foi regida quase que exclusivamente pelo princípio bismarckiano,⁴³ o qual:

“(...) define um vínculo contributivo estrito para se ter acesso aos benefícios previdenciários. Ou seja, de acordo com este princípio, só quem contribui financeiramente tem direito à cobertura dos riscos sociais(...)” (IPEA 2007, pág.46).

No entanto, com o advento da Carta Constitucional de 1988 foi introduzido o conceito de Seguridade Social em lugar do Seguro Social que, além da previdência, também abarca as áreas de Saúde e Assistência Social. A formulação de tal conceito teve como principal objetivo institucionalizar os princípios da universalidade da cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios rurais e urbanos, diversidade da base de financiamento, irredutibilidade no valor dos benefícios (que agora teriam como piso o salário mínimo) e caráter democrático dos subsistemas da Seguridade Social.

Tal mudança Constitucional permitiu a ampliação da cobertura previdenciária, através da criação da figura do segurado especial; o trabalhador rural que produz fora do regime assalariado. Esta nova categoria de segurado é regida por princípios beveridgeanos⁴⁴, segundo os quais o acesso ao benefício está relacionado com algum critério de cidadania e não necessariamente à contribuição prévia (IPEA, 2007). No caso, basta apenas que o trabalhador rural em questão comprove sua inserção no regime de economia familiar. Vê-se, então, que o princípio da universalidade, ao menos na Previdência é limitado. Ele só se aplica ao subsistema da Previdência Rural e, ainda assim, àqueles que produzem em regime bastante específico.

2.2.1.1 - A Organização do Sistema Previdenciário Brasileiro.

O sistema previdenciário brasileiro está organizado institucionalmente em torno do Ministério da Previdência Social (MPS) – do qual a Secretaria de Políticas de

⁴³ Ver capítulo 1 deste trabalho.

⁴⁴ Idem ao 43.

Previdência Social (SPPS), a Secretaria de Previdência Complementar e a área de Receita Previdenciária fazem parte – e estruturado em três pilares distintos. O primeiro destes pilares é o da previdência básica, coberta pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e administrada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), este último criado em 1990 a partir da fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS) com o INPS. O RGPS tem a obrigatoriedade de atender a todos os empregados do setor privado, de empresas estatais, trabalhadores rurais do Regime de Economia Familiar, assim como os conta-próprias e contribuintes avulsos. É caracterizado por repartição simples⁴⁵ e pelo benefício definido⁴⁶; Esse é o

“(...) principal pilar da Previdência Social. Em 2005, 49,6% da PEA com idade entre 16 e 59 anos eram segurados do RGPS, sendo 8,9% segurados da Previdência Rural (...)”. (IPEA 2007, pág.52.).

O RGPS é ainda o único regime previdenciário compulsório brasileiro que permite a adesão de segurados facultativos, em obediência ao princípio da universalidade do atendimento.

Outro pilar é o dos regimes de previdência para servidores públicos civis e militares em níveis federal, estadual e municipal. Com exceção da previdência para os militares, esses são regimes que seguem os princípios gerais do Regime Jurídico Único, norma que disciplina as atividades dos servidores públicos. Esse pilar é também compulsório e de responsabilidade do Estado por meio de diversos Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS) organizados pela Lei 9.717/98. Para que o servidor se enquadre no regime próprio, este deve ser estatutário, efetivo ou vitalício, excluindo-se, assim, os servidores comissionados, os empregados públicos, inclusive os temporários, bem como os que exercem mandato eletivo. São de repartição simples e com benefício definidos como no Artigo 40 da Constituição Federal.

Por fim, o terceiro pilar é composto pela Previdência Complementar. Essa é voluntária e tem por objetivo conceder benefícios opcionais aos segurados da

⁴⁵ Repartição simples técnica de custeio baseada em um fundo único. Transfere a responsabilidade de custeio dos benefícios dos aposentados e pensionistas atuais, aos segurados que ainda estão na ativa.

⁴⁶ Regras previamente definidas quanto ao cálculo do valor dos benefícios.

previdência dos empregados do setor privado. Como define o artigo 202 da Constituição Federal:

“O regime de previdência privada, de caráter complementar e organizado de forma autônoma em relação ao regime geral de previdência social, será facultativo, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado, e regulado por lei complementar”. (artigo 202 da Constituição Federal Brasileira de 1988).

Visa uma minoria da população que possui rendimentos elevados e querem complementar sua aposentadoria, já que os benefícios da Previdência básica são limitados por um teto que se situa ao redor de nove salários mínimos. Possui caráter facultativo e é organizado de forma autônoma ao RGPS. Divide-se em Previdência Complementar Privada Fechada e Aberta. Na Previdência Complementar Aberta, qualquer cidadão pode ingressar em um de seus planos, ao passo que na Fechada, apenas pessoas que integram determinado grupo, geralmente vinculado a uma empresa ou um conglomerado, e mais recentemente a entidades de classe ou sindicatos podem participar. A partir da EC no 41/2003 foi criada a Previdência Complementar Pública, específica para Servidores Públicos⁴⁷. Relevante ressaltar que é característico da previdência privada ter contribuições definidas⁴⁸ em oposição a benefícios definidos, regra dos regimes de capitalização.

2.2.1.1 – Tipos de Benefícios.

A previdência social oferece diversos tipos de benefícios para seus contribuintes. Esta seção do trabalho irá discutir os principais dentre estes a fim de esclarecer melhor a que tipo de benefícios os brasileiros costumam ter acesso.

Em primeiro lugar cabe mencionar os diversos tipos de aposentadorias oferecidas através do INSS como: a aposentadoria por idade, a aposentadoria por invalidez, a aposentadoria por tempo de contribuição e a aposentadoria especial.

⁴⁷ Ainda não regulamentada.

⁴⁸ Valor do benefício varia em função dos rendimentos das aplicações às quais as contribuições foram ligadas.

Têm direito aos benefícios da primeira, os trabalhadores urbanos do sexo masculino aos 65 anos e do sexo feminino aos 60 anos de idade. Os trabalhadores rurais podem pedir aposentadoria por idade mais cedo; aos 60 anos, os homens, e aos 55 anos, as mulheres. Atualmente, para solicitar o benefício, os trabalhadores urbanos precisam comprovar 180 contribuições mensais e os rurais têm de provar, através de documentos, 180 meses de trabalho rural. Com alguma generalização, o valor dos benefícios para os trabalhadores urbanos corresponde a 70% do salário de benefício⁴⁹, mais 1% para cada grupo de 12 contribuições mensais até 100% do salário de benefício, não podendo este ser inferior a um salário mínimo. Já para os trabalhadores rurais, o benefício é de um salário mínimo ou calculado como o do trabalhador urbano em caso de contribuição facultativa (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL⁵⁰).

A aposentadoria por invalidez é oferecida a todos os trabalhadores que, por doença ou acidente, forem considerados, através de perícia⁵¹ médica oficial, incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento. O benefício não é concedido a quem se filia à previdência com uma condição de invalidez pré-existente. Tanto no caso de doença quanto de acidente é preciso estar oficialmente inscrito na Previdência Social para se tornar beneficiário; no primeiro caso, exige-se adicionalmente contribuição prévia de 12 meses. O valor do benefício é calculado de forma similar ao da aposentadoria por idade, mas o valor corresponde a 100% do salário de benefício, ao invés de 70% (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, ver nota de rodapé nº 50).

A aposentadoria por tempo de contribuição pode ser dividida entre integral e proporcional. O homem deve comprovar pelo menos 35 anos de contribuição e a mulher, 30 anos para ter direito à aposentadoria integral. Por outro lado, para requerer a aposentadoria proporcional, o trabalhador tem que combinar os requisitos de tempo de

⁴⁹ O salário de benefício dos trabalhadores inscritos até 28 de novembro de 1999 corresponde à média dos 80% maiores salários de contribuição, corrigidos monetariamente. Para os inscritos após a data referida, o salário de benefício é a média dos 80% maiores salários de contribuição de todo o período contributivo

⁵⁰ Disponível em http://www1.previdencia.gov.br/pg_secundarias/beneficios_02_03.asp como acessado em 11 de fev de 2010.

⁵¹ A mesma deve ser refeita de dois em dois anos para que o benefício não seja suspenso.

contribuição e a idade mínima da seguinte forma:

“Os homens podem requerer aposentadoria proporcional aos 53 anos de idade e 30 anos de contribuição (mais um adicional de 40% sobre o tempo que faltava em 16 de dezembro de 1998 para completar 30 anos de contribuição). As mulheres têm direito à proporcional aos 48 anos de idade e 25 de contribuição (mais um adicional de 40% sobre o tempo que faltava em 16 de dezembro de 1998 para completar 25 anos de contribuição). (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, em www1.previdencia.gov.br/pg_secundarias/beneficios_04.asp)

O valor do benefício da aposentadoria por tempo de contribuição também é calculado de maneira similar a da aposentadoria por idade, com a diferença de que, para aposentadoria integral, o valor é de 100% do salário de benefício e para aposentadoria proporcional, o valor é de 70% do salário de benefício, mais 5% a cada ano completo de contribuição além do tempo mínimo exigido.

Já a aposentadoria especial, corresponde ao benefício concedido ao segurado que tenha trabalhado em condições prejudiciais à saúde ou à integridade física. Para ter direito à aposentadoria especial é necessário comprovar exposição a agentes físicos, biológicos ou associação destes, que sejam prejudiciais à saúde por período prolongado. A comprovação do direito é feita através de laudo técnico. O cálculo dos benefícios é, outra vez, feita de forma similar a da aposentadoria por idade com a diferença de que o valor corresponde a 100% do salário de benefício, ao invés de 70%.

Além das aposentadorias, existem ainda diversos outros benefícios previdenciários como o auxílio doença, oferecido aos trabalhadores que tenham contribuído previamente por pelo menos 12 meses e que estejam incapacitados de trabalhar - por doença ou acidente - por 15 dias ou mais; o auxílio acidente⁵², pago a trabalhadores que em - virtude de acidentes - tenham sua capacidade produtiva reduzida, desde que comprovem sua condição de segurado e passem por perícia médica; o auxílio reclusão, pagos aos dependentes de segurados que forem presos enquanto durar tal reclusão; as pensões por morte, pagas aos dependentes do trabalhador mediante a comprovação de que a morte ocorreu enquanto o indivíduo tinha qualidade de segurado; o salário-maternidade⁵³, pago

⁵² Não é concedido ao empregado doméstico, ao contribuinte individual e ao contribuinte facultativo; pode ser acumulado com outros benefícios pagos pela Previdência Social que não sejam aposentadorias.

⁵³ O benefício foi estendido também às mães adotivas.

às trabalhadoras seguradas no período de 120 dias em que ficam afastadas do trabalho por conta do parto; o salário-família que é pago aos trabalhadores com salário mensal de até R\$ R\$ 710,08, para sustento dos filhos de até 14 anos incompletos ou que se qualifiquem como inválidos (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL⁵⁴) e, por fim, o seguro desemprego, que apesar de fazer parte da Previdência Social é pago pela Caixa Econômica Federal e não pelo INSS. Este último auxílio pode ser requerido por todo trabalhador em uma das seguintes condições: dispensado sem causa justa; suspensão do contrato de trabalho em virtude de participação em curso ou programa de qualificação oferecido pelo empregador; pescadores profissionais durante o período em que a pesca é proibida devido à procriação das espécies e trabalhadores resgatados da condição análoga à da escravidão (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL⁵⁵).

2.2.1.3– Desafios.

Existe no Brasil um intenso debate público em torno da necessidade ou não de se realizar uma reforma na Previdência Social, mais especificamente no âmbito do Regime Geral da Previdência Social. Na construção do sistema sempre estiveram em disputa teses e propostas contrárias as atualmente previstas pela Constituição Federal, dentre as quais cabe ressaltar a proposta da “mercantilização” baseada na contratação pelos cidadãos dos seguros privados para proteção social. Em tal proposta o Estado deve ater-se às transferências de renda focalizadas abaixo da chamada linha de pobreza; não há espaço para a previdência pública de caráter universal. Apesar disto, esse tipo de proposta de política social raramente aparece no debate público de maneira tão clara. Sobre isso:

“O debate político assume outras roupagens, como sejam: a “focalização na pobreza”, “os limites” fiscais, as tendências demográficas etc. Dessas teses todas, a mais freqüente e aparentemente endossada pela grande mídia é o argumento da “explosão fiscal” – o suposto “déficit” incontrolável –

⁵⁴Em http://www1.previdencia.gov.br/pg_secundarias/beneficios.asp como acessado em 11 de fev de 2010.

⁵⁵ Disponível em http://www.caixa.gov.br/Voce/Social/Beneficios/seguro_desemprego/index.asp. Último acesso em 02 de fev. de 2010.

oriundo da Previdência Social (RGPS).” (IPEA 2007, pág. 74).

Diante das disputas pela predominância ideológica que ora favorecem a mercantilização, ora favorecem a universalização, podem-se distinguir três vertentes gerais de reforma no debate em questão: a conservadora, que inclui a desindexação do valor do benefício do salário mínimo, a criação do limite de idade para as aposentadorias por tempo de contribuição e a redução no teto de contribuições compulsórias no RGPS; a de gestão, que consiste em medidas de cunho administrativo e de gestão, a fim de trazer melhoras significativas em termos de atendimento e arrecadação; e por último a reforma por inclusão previdenciária.

2.2.2 – A Assistência Social.

Como vimos anteriormente, a Assistência Social, que se configura como um dos elementos essenciais para a instauração de um modelo de proteção social não-contributivo é um dos três componentes do sistema de seguridade social no Brasil. Ela nasce no país se identificado com a filantropia e a caridade cristã de socorro aos miseráveis e vai se aproximando lentamente do Estado no sentido de transferir tais responsabilidades a este. Desta forma:

“até a década de 1990, a assistência social desenvolveu-se sob o predomínio do setor privado, responsável pelos serviços e atenções, e contando subsidiariamente com a participação do setor público, principalmente no financiamento, seja via subsídios ou isenções, seja via transferências”. (IPEA 2007, pág. 78)

Neste contexto, a intervenção do Estado nesta área caracterizava-se até então, não pela prestação de serviços diretos, mas predominantemente pelo apoio às entidades e organizações privadas que atuavam na área, apoiadas por contrapartidas de isenção fiscais. Entretanto, a promulgação da Constituição Federal de 1988 iniciou um processo de reorganização das políticas sociais brasileiras, que como esperado, afetou drasticamente o papel do setor público na Assistência Social, visto que esta agora fora promovida a condição de política pública e direito do cidadão no contexto da Seguridade Social. Sposati (2009) explica o fato da seguinte forma:

“A inclusão da assistência social na seguridade social foi uma decisão plenamente inovadora. Primeiro, por tratar esse campo como de conteúdo de política pública, de responsabilidade estatal, e não como uma nova ação, com atividades e atendimento eventuais. Segundo, por desnaturalizar o princípio da subsidiariedade, pelo qual a ação da família e da sociedade antecedia a do Estado. O apoio a entidades sociais foi sempre o binômio relacional adotado pelo Estado para não quebrar a mediação da religiosidade posta pelo pacto Igreja-Estado. Terceiro, por introduzir um novo campo em que se efetivam os direitos sociais.” (SPOSATI 2009, pág. 14).

Até a promulgação da Carta Magna de 88, não havia uma concepção nacional sobre a Assistência Social. Neste sentido a Lei Orgânica da Assistência Social de 1993 (LOAS), teve o papel de avançar esta nova reformulação desenhando uma política integrada e descentralizada, ativa em todas as esferas de governo, e instituir os instrumentos de planejamento, gestão, financiamento e controle para tal (IPEA 2007). Há também um esforço em se atender a necessidade de um conceito de pobreza mais abrangente, visto que esta no Brasil é caracterizada por não só englobar um conjunto diverso de carências, mas também de situações de destituição de direitos como, o acesso inadequado a serviços e equipamentos básicos e a inserção no mercado de trabalho e no sistema de ensino. Neste mesmo contexto, a pobreza não se refere somente à falta de uma renda que permita a manutenção de um patamar mínimo de bem-estar através do consumo, mas também à insegurança social gerada por questões de impossibilidade de trabalho⁵⁶ e à incapacidade de usufruir dos direitos sociais básicos garantidos pela Constituição Federal (IPEA 2007).

Em 2004, com a criação da nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS) ocorre uma nova mudança:

“(…) o escopo da assistência passa a não mais ser compreendido em função de públicos, mas sim em termos de seguranças que essa política de proteção social deve garantir. São definidas as seguintes seguranças: de acolhida, de renda, de convivência, de desenvolvimento de autonomia e de sobrevivência a riscos circunstanciais. Desta forma, supera-se a associação entre a assistência social e os grupos identificados como incapazes para o trabalho e a vida autônoma. Passa, agora, a abraçar, pela via da segurança de renda, o conjunto da população sem recursos monetários que lhe garantam a sobrevivência (...). (IPEA 2007, pág. 79)

A partir da formulação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Assistência passou a organizar suas ações da seguinte forma: a proteção social básica,

⁵⁶ Como por motivos de doença, velhice ou invalidez.

que se destina à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação de renda, acesso falho aos serviços públicos - dentre outros - ou fragilização de vínculos relacionais; e a proteção social especial, que se direciona para famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, maus tratos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de trabalho infantil, entre outras.

Sobre os benefícios e serviços ofertados pela assistência – portanto não contributivos – no Brasil, pode-se afirmar que os primeiros ainda são marcados por *means-test*; “A concessão de benefícios ainda traz essa marca de seleção do acesso pela renda, em vez da necessidade ou da segurança a ser alcançada” (SPOSATI 2009, pág. 23). Já os segundos, por sua vez, costumam ter acesso mais liberal – sem comprovação de renda – para o cidadão, mas nem sempre estão “comprometidos em garantir a qualidade de seus resultados” (SPOSATI 2009, pág. 23). Retornar-se-á à questão dos benefícios na próxima seção deste trabalho.

Com os parágrafos anteriores em mente e com o auxílio da Constituição de 88 e a LOAS, pode-se então definir aqui a atual assistência social brasileira como o conjunto de políticas voltadas para a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; de amparo às crianças e adolescentes carentes; de ampliação do acesso à educação; de integração no mercado de trabalho; e da reabilitação e integração de pessoas portadoras de deficiências na sociedade. Ela deve ser entendida como uma política essencialmente não-contributiva, que se realiza através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e privada, pauta-se pelos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento e da seletividade e distributividade na prestação dos benefícios. Porém atualmente no país, sua efetivamente ainda pode ser considerada muito baixa.

2.2.2.1 – Principais Programas da Assistência Social Brasileira.

Esta seção tem o objetivo de explicar cada um das principais ações adotadas pela Assistência Social Brasileira, no período relevante a este trabalho, apresentando seus benefícios, objetivos e coberturas.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), um direito garantido ⁵⁷pela última Constituição Federal, objetiva:

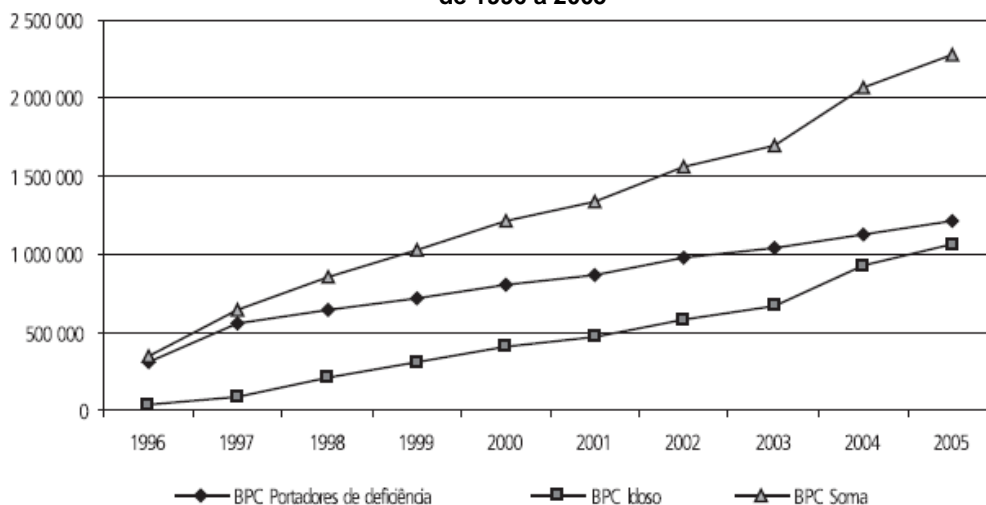
“garantir uma renda aos indivíduos que, por situação de velhice ou de incapacidade, devem se ausentar do mercado de trabalho, mas que, não sendo detentores de outros recursos – seja na forma de renda familiar, seja de acesso aos benefícios contributivos da Previdência Social –, não têm como manter sua subsistência” (IPEA 2007)

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), tal benefício consiste no pagamento de um salário mínimo mensal para pessoas com 65 anos de idade ou mais e para aqueles com deficiências que impedem a vida independente e a inserção no mercado de trabalho. É de natureza não-contributiva, mas requer *means-test*; tanto o idoso quanto o deficiente precisam: 1) provar sua condição e 2) provar que o total de sua renda (bruta) familiar mensal *per capita* é menor do que um quarto do salário mínimo vigente. O benefício é gerido pelo próprio ministério em questão, a quem também compete sua gestão, acompanhamento e avaliação. Ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), compete a sua operacionalização. Os recursos para custeio do BPC provêm do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

O gráfico 1 mostra a evolução dos benefícios emitidos pelo programa em questão pode-se perceber que o número de beneficiários foi consistentemente crescente e de distribuição relativamente simétrica. Desta forma ele se consolida como uma “uma das mais importantes inovações da política social” (IPEA 2007) brasileira, e apesar de ser predominantemente urbano, supõe-se que seu impacto na redução da pobreza nos grupos atingidos seja considerável.

⁵⁷ Todos aqueles que preenchem os requisitos de elegibilidade são contemplados e tornam-se beneficiários, independentemente da situação do caixa do governo.

Gráfico 1: Evolução de benefícios emitidos pelo BPC / LOAS no período de 1996 a 2005



Fonte: IPEA 2007 a partir de dados do MDS.

Os Serviços Continuados de Proteção Social Especial, também chamados de Serviços de Ação Continuada ou SAC, destinam-se ao atendimento de indivíduos e famílias em situação de violação de direitos ou contingência que necessitem de cuidados especializados, acompanhamento e orientação continuadas. Co-financiados pelo governo federal através de transferências de recursos mensais do Fundo Nacional de Assistência Social para os Fundos Municipais ou Estaduais de Assistência Social, e executados por estados, municípios ou entidades sem fins lucrativos, têm como seu público principal os idosos, crianças, adolescentes e deficientes.

Apesar da importância e do peso incontestáveis dos Serviços Continuados de Proteção Social Especial na melhoria da qualidade de vida do público assistido, tal programa ainda sofre de algumas deficiências, entre eles:

“A deficiência de monitoramento e supervisão vem sendo apontada por sucessivos esforços de avaliação (como, por exemplo, os realizados pelo TCU), assim como a reduzida oferta diante da demanda existente, a necessidade de capacitação dos recursos humanos e a modesta ampliação das metas de atendimento pactuadas entre os três níveis de governo.” (IPEA 2007, pág. 97)

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) é programa federal que tenta articular um conjunto de ações que objetivam retirar crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos⁵⁸ de situações de trabalho precoce. Além de promover a ampliação da jornada escolar e a educação da família, o programa concede uma transferência de renda direta às famílias com crianças e adolescentes na condição supracitada no valor de R\$ 25,00 por criança na área urbana e de R\$ 40,00 na área urbana.

A partir de 2005, inicia-se um processo de integração entre o PETI e o Programa Bolsa Família (PBF) como o trecho abaixo demonstra:

“(...) a Portaria nº 666/2005 estabeleceu essa integração, tendo como objetivos racionalizar e aprimorar os processos de gestão dos programas; ampliar a cobertura do Peti; estender as ações socioeducativas e de convivência do Peti para as crianças e adolescentes do PBF em situação de trabalho infantil; e universalizar o PBF para as famílias que atendem aos seus critérios de elegibilidade. Considerando os benefícios da integração e a efetiva superposição do público dos dois programas, podem ser identificados riscos neste processo, em especial no que diz respeito ao compromisso da família com o fim do trabalho infantil, seu acompanhamento e condicionalidades.” (IPEA 2007).

Cabe também mencionar o Programa Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano e o Programa Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. O primeiro volta-se preferencialmente aos “egressos de outros programas (...), para os jovens em situação de liberdade assistida e para os que estejam desligados da escola.” (IPEA 2007, pág. 98). Tem duração de um ano, tempo durante o qual o assistido recebe um auxílio de 65 R\$ mensais, e divide-se em um período de capacitação e outro de participação de atividades na comunidade. Já o segundo, como o próprio nome sugere, tem “a finalidade de oferecer um conjunto articulado de ações especializadas para atendimento psicossocial e jurídico a crianças, adolescentes e famílias vítimas de violência sexual.” (IPEA 2007, pág. 99). Além do atendimento psicossocial e jurídico, oferta ações de prevenção e busca ativa que, realiza o mapeamento das situações de risco e/ou violação de direitos que envolvam crianças e adolescentes.

⁵⁸ Exceto na condição de aprendiz a partir de 14 anos.

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência de renda com condicionalidades criado pelo Governo Lula em 2003 para integrar e unificar ao Fome Zero, política pública de combate à fome à exclusão social inserida no sistema nacional de segurança alimentar e nutricional, os antigos programas criados no Governo FHC, notavelmente o "Bolsa Escola", o "Auxílio Gás" e o "Cartão Alimentação. Oferece três tipos de benefício: o básico, o variável simples e o variável vinculado ao adolescente. O primeiro paga R\$ 68 às famílias consideradas extremamente pobres - aquelas com renda mensal de até R\$ 70 per capta. O segundo é pago às famílias pobres - aquelas com renda mensal de até R\$ 140,00 por pessoa - desde que tenham crianças e adolescentes de até 15 anos, podendo cada família receber até três benefícios variáveis (até R\$ 66,00). Já o terceiro, no valor de R\$ 33,00 é pago a todas as famílias do Programa que tenham adolescentes de 16 e 17 as quais estejam freqüentando a escola. Cada família pode receber até dois benefícios variáveis vinculados ao adolescente (como o anterior, até R\$ 66,00). As tabelas, apresentadas na página a seguir, descrevem em maior detalhe a composição do benefício pago aos assistidos pelo programa.

Além dos *means-test*⁵⁹, seus requerentes estão sujeitos a outras condicionalidades:

“(...) a família beneficiária deve manter suas crianças e adolescentes em idade escolar freqüentando a escola e cumprir os cuidados básicos em saúde, ou seja, o calendário de vacinação, para as crianças entre zero e seis anos, e a agenda pré e pós-natal para as gestantes e mães em amamentação.” (IPEA 2007, pág. 105)

Sobre a migração dos beneficiários dos programas extintos para o Bolsa Família, esta ocorreu de forma progressiva e foi concluída em outubro de 2006. Em julho de 2007:

“o PBF atendia a 10,8 milhões de famílias, contando com inúmeros estudos e avaliações que evidenciaram seu impacto na melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, assim como na redução da pobreza e das desigualdades no país.” (IPEA 2008, pág. 60).

Cabe aqui ressaltar, que os programas e ações descritos acima são apenas um subconjunto de tudo aquilo que foi implantado pela Assistência Social Brasileira nos últimos anos. São cabíveis de especial menção O Banco de Alimentos, concebido em

⁵⁹ A família precisa comprovar a renda familiar per capta, para se tornar beneficiária.

2003 com o intuito de combater o desperdício de alimentos, e o Projeto Construção de Cisternas para Armazenamento de Água que objetiva proporcionar água potável a brasileiros moradores das regiões mais afetadas pela seca no país. Não será possível neste capítulo fazer uma descrição mais abrangente e que englobe todas as ações da Assistência Social, por questões de espaço, porém acredita-se aqui, que para fins deste trabalho, a apresentação acima seja suficiente.

Tabela 2: Composição dos benefícios pagos às famílias com renda familiar mensal de até R\$ 70 por pessoa.

Número de crianças e adolescentes de até 15 anos	Número de jovens de 16 e 17 anos	Tipo de benefício	Valor do benefício
0	0	Básico	R\$ 68,00
1	0	Básico + 1 variável	R\$90,00
2	0	Básico + 2 variáveis	R\$ 112,00
3	0	Básico + 3 variáveis	R\$ 134,00
0	1	Básico + 1 BVJ	R\$ 101,00
1	1	Básico + 1 variável + 1 BVJ	R\$ 123,00
2	1	Básico + 2 variáveis + 1 BVJ	R\$ 145,00
3	1	Básico + 3 variáveis + 1 BVJ	R\$ 167,00
0	2	Básico + 2 BVJ	R\$ 134,00
1	2	Básico + 1 variável + 2 BVJ	R\$ 156,00
2	2	Básico + 2 variáveis + 2 BVJ	R\$ 178,00
3	2	Básico + 3 variáveis + 2 BVJ	R\$ 200,00

Fonte: MDS disponível em:

<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/beneficios-e-contrapartidas>.

Último acesso em 10 fev 2010.

Tabela 3: Composição dos benefícios pagos às famílias com renda mensal de R\$ 70 a R\$ 140 por pessoa.

Número de crianças e adolescentes de até 15 anos	Número de jovens de 16 e 17 anos	Tipo de benefício	Valor do benefício
0	0	Não recebe benefício básico	-
1	0	1 variável	R\$ 22,00
2	0	2 variáveis	R\$ 44,00
3	0	3 variáveis	R\$ 66,00
0	1	1 BVJ	R\$ 33,00
1	1	1 variável + 1 BVJ	R\$ 55,00
2	1	2 variáveis + 1 BVJ	R\$ 77,00
3	1	3 variáveis + 1 BVJ	R\$ 99,00
0	2	2 BVJ	R\$ 66,00
1	2	1 variável + 2 BVJ	R\$ 88,00
2	2	2 variáveis + 2 BVJ	R\$ 110,00
3	2	3 variáveis + 2 BVJ	R\$ 132,00

Fonte: MDS disponível em:

<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/beneficios-e-contrapartidas>.

Último acesso em 10 fev 2010.

2.2.2.2 – Desafios.

Apesar de todos os avanços conseguidos desde a promoção da Assistência Social à posição de política pública pela Constituição de 1988, ainda existem desafios a serem superados na área relacionada. O primeiro destes se refere a concretização real do modelo idealizado na CF/88. Como bem lembra Sposati:

“(…) um modelo não dá conta (em seus elementos de base) das configurações do real, ele se transforma em uma ideologia ou em um discurso como mero arranjo de palavras impactantes, e isso não significa o efetivo alcance de mudanças e dos resultados esperados. Ter um modelo brasileiro de

proteção social não significa que ele já exista ou esteja pronto, mas que é uma construção que exige muito esforço de mudanças. (...) A concretização do modelo de proteção social sofre forte influência, da territorialidade, pois ele só se instala, e opera, a partir de forças vivas e de ações com sujeitos reais. Ele não flui de uma fórmula matemática, ou laboratorial, mas de um conjunto de relações e de forças em movimento.” (SPOSATI 2009, pág. 17)

Com o trecho apresentado, a autora lembra o leitor de que, na prática, as condicionalidades, sujeitos e ações reais que são os reais determinantes; um modelo por si só “não altera o real, pelo contrário, pode até ser condicionado e deformado” (SPOSATI 2009, pág. 17) pela realidade, caso não se tenha controle sobre as partes que o constituem e/ou das dificuldades que se apresentarem. Desta forma parece ser razoável afirmar que o que está escrito na Constituição Federal - e nas leis relevantes à proteção social não-contributiva - é menos importante do que a prática estabelecida na área. Torna-se, portanto um desafio, resistir às pressões contrárias ao modelo elaborado e continuar implementando as medidas adequadas para que este e a realidade se encontrem; i.e. adequar a generalização de um modelo baseado no federalismo para as necessidades regionais sem que se percam os vínculos com o modelo teórico original.

Um segundo desafio se refere à gestão dos recursos públicos; demanda por estes é patente nas políticas aqui analisadas. Seja para:

“ampliação da cobertura, atualização dos *per capita* ou melhoria da qualidade dos serviços ofertados, o avanço das políticas de assistência social, segurança alimentar e nutricional e transferência de renda passam pela ampliação do investimento nas três esferas de governo e pela mais clara divisão de responsabilidades entre entes federados. Também demandam consolidação os mecanismos e instrumentos institucionais de partilha de recursos financeiros e mesmo institucionais.” (IPEA 2007, pág. 113).

Dada as razões do trecho apresentado acima, faz-se necessário um contínuo aprimoramento dos mecanismos que possibilitam o financiamento e o co-financiamento das políticas sociais em questão, além de uma programação para investimentos e mecanismos que permitam a transparência e o controle qualitativo e quantitativo dos recursos destinados à assistência social (IPEA 2007 e 2008).

Por último, cabe para aqueles que acreditam em uma cobertura mais ampla e universal, não deixarem que a assistência social tome rumos minimalistas e de proteção puramente focal, pois as transferências de renda não podem ser mais do que uma parte

da ação pública com objetivo de combater as situações de indigência e pobreza.

2.2.3 – A Saúde.

Como apresentado na primeira parte deste capítulo, a saúde é o terceiro pilar da seguridade social brasileira como elaborado pós CF/88. Antes da reforma iniciada entre 1988 e 1990, o sistema de saúde brasileiro estava segmentado em seis setores com recursos, instalações e clientela próprias: o seguro social, o Ministério da Saúde, os funcionários públicos, os militares, os estados e os municípios. Foi a partir da Constituição que:

“(...) o reconhecimento da obrigação, do estado em prestar serviços de saúde de forma universal, pública e gratuita, em todos os níveis de complexidade, por meio da instituição do Sistema Único de Saúde – SUS; (...)” (JACCOUD 2009, pág. 63)

A partir do final da década de 80, e ao longo da década de 90, a reestruturação da saúde brasileira começa a tomar a forma de um sistema de saúde subdividido em pelo menos quatro grupos: o Sistema Único de Saúde, principal foco deste capítulo e explicado em mais detalhes abaixo, o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; o segmento destinado aos servidores públicos e militares, de acesso restrito estes, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores e o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (IPEA 2007). O Segundo e o quarto deveriam, pelo menos originalmente, ter caráter complementar. Já sobre o terceiro, possivelmente sua criação é objeto de agrados e compromissos políticos, e não necessariamente se constitui em uma escolha por eficiência ou justiça social.

A elaboração do SUS, que teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde em 1990 e tendo como ponto de partida o artigo 198 da Constituição Federal anteriormente mencionada. É regido pelos princípios da universalidade no acesso, equidade no atendimento, integralidade dos tipos de serviços prestados, a descentralização administrativa, e a regionalização e hierarquização dos serviços a fim

de facilitar a criação de mecanismos de integração e referência (JACCOUD, 2009 e IPEA, 2007). Várias unidades federais dividem as funções de supervisão do SUS, enquanto o Conselho Nacional de Saúde Suplementar dita normas ao setor privado e a Agência Nacional de Saúde Suplementar o supervisiona (MESA-LAGO, 2007b).

É também apropriado mencionar que além dos princípios supracitados, dois outros fatores que:

“viabilizaram o processo de reestruturação do sistema, foram *i)* o fortalecimento da participação social na gestão do sistema, nas três instâncias de governo, por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde; e *ii)* o estabelecimento do exercício da direção do Sistema Único de Saúde por um único órgão central em cada esfera – Ministério da Saúde, no plano federal, e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nos estados e municípios, respectivamente.” (IPEA 2007, pág. 125).

Olhando em retrospectiva, este último aspecto se mostrou fundamental para que pudessem ser implementados os princípios orientadores apresentados acima, pois tais seriam de implementação inviável caso “persistisse a lógica de múltiplas redes públicas de atendimento – separadas, não integradas e não complementares – como era regra até então” (IPEA 2007, pág. 125).

Sobre as atribuições das esferas de governo dentro do sistema de saúde, cabe ao Governo Federal:

“(…) a elaboração de normas técnicas, o financiamento e cooperação técnica com estados e municípios, a regulação da relação público-privado, regulação de padrões e registro de produtos destinados à assistência médico-hospitalar e de bens de consumo que se relacionam com a saúde, coordenação nacional do sistema de informações, o acompanhamento e avaliação das tendências da situação sanitária nacional e do desempenho do sistema nacional de saúde, apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico e ao de recursos humanos, regulação de aspectos éticos de pesquisas e articulação intersetorial no plano federal (...)” (IPEA 2007, pág. 126)

Aos governos estaduais cabe a formulação da política de saúde estatal; o planejamento, coordenação e estabelecimento de modelos de atenção; a supervisão financiamento e cooperação técnica com os municípios; e o planejamento e coordenação de redes de serviço especializado (IPEA 2007 e IPEA 2008).

Aos municípios fica a obrigação de formular a política local, o planejamento, contratação, avaliação e controle dos estabelecimentos de saúde e a execução direta dos serviços (IPEA 2007).

Sobre a participação pública e a participação privada, o número mais comumente utilizado refere-se ao número de leitos ativos. Em 1992, apenas 25% dos leitos eram de natureza pública. Já em 2002, de 465 mil leitos hospitalares disponíveis, 144 mil - cerca de um terço - eram leitos públicos (IPEA 2007). Percebe-se que sem o auxílio de convênios com o setor privado – que possibilitam que um dado médico ou leito de procedência privada atenda também pacientes pelo SUS – o Sistema possivelmente não seria capaz de atender a toda a demanda existente pelos serviços e cumprir o princípio constitucionalmente estabelecido da universalidade de acesso.

Quanto à capacidade de atendimento global, que considera a soma de serviços produzidos pelo Sistema Único quando pelo setor privado vinculado a este:

“Verifica-se que, em 2002, de acordo com os dados da AMS, 68% de todas as internações e 73% das consultas realizadas foram prestadas a pacientes do SUS e, portanto, financiadas por esse sistema. Portanto, o SUS é responsável por mais de dois terços de todos os atendimentos de saúde realizados no país, ficando clara a grande magnitude alcançada pela rede do SUS no atendimento à saúde da população brasileira.” (IPEA 2007, pág. 131).

2.2.3.1 – Principais Programas da Saúde Brasileira.

Dissertar sobre os diversos programas e políticas implementados na Saúde brasileira é um exercício bastante complexo. Como foi visto anteriormente, uma das características do SUS é a descentralização, o que possibilitou que estados e municípios atendessem às demandas regionais por saúde de forma mais precisa e flexível. Por outro lado esta diversificação é favorável a uma maior diversidade de programas.

Apesar do que foi dito parágrafo acima,

“salta aos olhos a continuidade das principais políticas e programas federais, com os sucessivos gestores desse Ministério compartilhando os mesmos objetivos estratégicos. O mesmo poderia ser dito sobre as secretarias de saúde em outras esferas de governo”. (IPEA 2007, pág. 133).

Isto ocorre, porque, apesar das diferentes ênfases em distintas administrações, o SUS é um programa de Estado; sua continuidade, em tese, independe de quem está no poder. Na atual administração, desde março de 2006, foram detectadas ênfase em seis áreas prioritárias:

“saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da atenção básica.” (IPEA 2007, pág. 133).

Durante o governo FHC, na tentativa de ampliar a cobertura e facilitar o acesso aos programas existentes, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), foram escolhidos como ferramentas para ampliar os serviços de promoção e prevenção, ao mesmo tempo em que tentavam evitar o hospitalocentrismo.

O segundo é hoje considerado parte do primeiro e tem como figura central o agente comunitário de Saúde, responsável por reunir informações de saúde sobre uma comunidade e realizar visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade, ao mesmo tempo em que produz informações capazes de dimensionar os principais problemas locais. Este agente é orientado por um supervisor - profissional enfermeiro ou médico – ligado à uma unidade básica de saúde que possui as principais especialidades médicas, e.g. pediatria, clínica médica e ginecologia e obstetrícia, e demanda espontânea ou encaminhada por unidades elementares de saúde. Curiosamente tais estratégias têm tido dificuldades em ser implementadas nas regiões mais urbanizadas do país, com cobertura de somente 20% da população (IPEA 2008), problema para o qual o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), que tem por objetivo a disseminação do PSF justamente nas nos centros urbanos com população acima de 100 mil, foi criado para solucionar.

Na farmacêutica, foram introduzidos introduzidos no Brasil em 1999 no governo de Fernando Henrique Cardoso através da lei A Lei nº 9.787 foi publicada em 10 de fevereiro de 1999. Sendo estes um medicamento com a mesma substância ativa, forma farmacêutica, dosagem e indicações que o medicamento original, mas sem marca, possuem um preço muito inferior ao do seu associado original. Tal redução de custos é importante para a boa manutenção financeira do sistema de proteção, e para a a contínua

expansão da cobertura do atendimento ambulatorio. Além disso, a criação da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e de normas para registro de medicamentos genéricos gerou confiança na qualidade deste produto.

Também na farmacêutica, foi criada a Farmácia Popular – a qual teve duas fases descritas abaixo – criado para ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais no tratamento de doenças com maior ocorrência na população de tal maneira que:

“na primeira fase, do Farmácia Popular 1, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), uma das entidades executoras do programa, seria responsável por adquirir os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou privados e oferecê-los à população por intermédio das farmácias populares. Como essa linha avançou pouco, em 2006 o governo, visando aumentar a capilaridade da rede, propôs o *Farmácia Popular 2*, que consiste em cadastrar farmácias comerciais para vender medicamentos selecionados a preços subsidiados.” (IPEA 2007, pág. 139).

Este programa foi muito criticado, pois, ao introduzir o co-pagamento pelo usuário, abriu-se um precedente indesejável (IPEA, 2007 e IPEA, 2008) contra a distribuição gratuita.

2.2.3.2 – Desafios.

Nesta seção tentar-se-á cobrir os principais desafios da área no Brasil. Recomenda-se ter em mente, durante a leitura do que se segue abaixo, que os principais problemas e riscos em saúde estão associados ao desenvolvimento social. É amplamente aceito que a eficácia dos serviços referidos é limitada se estes não forem acompanhados de uma evolução de mesma direção na área social, portanto, principalmente com os preceitos adotados pela CF de 1988, se faz necessária uma ação coordenada entre a saúde e as demais áreas da Seguridade.

O primeiro desafio diz respeito à busca de sinergias entre os segmentos ou atores institucionais que atuam de forma complementar ou suplementar ao SUS:

“Idealizado para ser único, o SUS convive hoje em um sistema plural no qual se destacam o segmento de planos e seguros privados de saúde; o

segmento de assistência à saúde dos servidores públicos, civis e militares; e o segmento privado que opera sob reembolso direto, o segmento que comporta iniciativas de cunho não lucrativo, integradas ou não ao SUS.” (IPEA 2007, pág. 150).

Não é difícil de conceber que a existência de diversos subsistemas com objetivos e interesses distintos, encontrem dificuldades em se coordenar e potencializar sinergias. Em especial pode ser dito que:

“à renúncia fiscal e o financiamento cruzado da saúde suplementar, constata-se um quadro de restrição orçamentária, em que o Estado não consegue ampliar a cobertura da atenção médica pública com qualidade, constringendo o fortalecimento do SUS e deixando espaço para atuação do setor dos planos de saúde. Com o mercado de planos apresentando uma trajetória de custos e preços crescentes, em um contexto de baixos salários da economia brasileira, isso pode exigir, em médio prazo, a ampliação de subsídios regressivos e a expulsão da clientela da medicina privada de alto risco (crônicos e idosos), sem nenhum planejamento prévio do SUS.” (IPEA 2007, pág. 150).

Tendo em vista este problema, faz-se necessário que o Estado tome para si a responsabilidade de ampliar sua capacidade reguladora na área, restabelecendo a situação de subordinação dos diversos agente nacionais ao interesse público e à Constituição Federal.

Outro desafio se refere à melhoria na qualidade do atendimento ambulatorial, a fim de se conseguir a tal da integralidade do atendimento. Como garantir o atendimento depende diretamente da capacidade de ofertá-lo, e portando traduz-se em uma necessidade de ampliar a oferta de serviços - principalmente de média e alta complexidade, visto que os de baixa complexidade são justamente os mais abrangentes - o problema acaba se transformando em como fazê-lo da forma menos onerosa possível.

Por último, é preciso estabelecer no país, por questões de controle de gastos, uma política clara de acesso e uso de novas tecnologias. Tal política teria objetivaria inibir os gastos desnecessários com a participação destas no custo total da saúde, quando não há comprovação quês estas possam ser mais eficazes. Para isso o país precisa de uma legislação específica a fim de definir os parâmetros e critérios a serem adotados para a incorporação racional de tecnologias novas; somente após uma avaliação cuidadosa de seus avanços nos campos clínico, econômico e social estas poderiam ser incluídas no

SUS (IPEA 2007). Buscar-se-ia assim uma maior eficiência dos gastos público com a saúde.

CAPÍTULO III – A EVOLUÇÃO DOS GASTOS SOCIAIS E AS TRANSFERÊNCIAS DE RENDA NO BRASIL E NA UNIÃO EUROPÉIA

3.1. – *Introdução.*

No capítulo primeiro desta monografia, foram analisados os rumos das políticas de proteção social latino-americanas. Naquele capítulo foi discutido que, apesar de o Brasil pertencer ao grupo pioneiro-alto⁶⁰ e ter sido um dos únicos países a desenvolver programas de assistência social antes da onda de reformas previdenciárias na região, este não escapou totalmente de ser influenciado pelo discurso conservador que pregava a implantação de uma rede mínima de proteção social. Como visto também naquele capítulo, afirma-se neste trabalho que o objetivo deste modelo assistencialista focalizado visava assegurar um nível de subsistência que atenuasse os efeitos dos ajustes advindos de uma política macroeconômica tipicamente neoliberal, limitando-se à administração das políticas dirigidas aos pobres e sacrificando o princípio da universalidade.

No capítulo dois, foram explicados os “pilares” da Seguridade Social Brasileira como estabelecidos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, seus objetivos e os principais tipos de programas oferecidos. Tentou-se demonstrar ali, que o sistema de proteção social brasileiro prevê a atuação do Estado tanto através de benefícios monetários como não-monetários; contributivos e não-contributivos.

Neste último capítulo, objetiva-se discutir a evolução do gasto social no período relevante a este trabalho e como este tem favorecido as transferências de renda no Brasil, configurando um determinado tipo de Sistema de Proteção Social. Tal discussão terá o propósito de avaliar o peso que tais transferências têm nos gastos públicos do Governo brasileiro para depois, através de comparação com dados de outros países (e.g. Reino Unido e União Européia), estabelecer se tal proporção é a mais adequada ao perfil das necessidades da população brasileira. Cabe aqui lembrar o tom beveridgiano adotado na Carta Magna de 88, o qual será tomado como base para fazer tais afirmações. Por

⁶⁰ Como definido em MESA-LAGO (2004) e utilizado no capítulo em questão.

último, será discutido brevemente se as transferências não-contributivas são de fato não-contributivas (por conta da incidência indireta regressiva dos impostos) e benefícios mais universais como possível alternativa à focalização.

3.2. – Evolução dos Gastos Sociais Brasileiros.

Como apresentado no capítulo anterior, a Seguridade Social Brasileira, como definida pela CF/88 pode ser separada em três partes: a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde. Tendo sido uma resposta a uma demanda pela ampliação dos direitos sociais, introduziu pela primeira vez no país, princípios universalistas. A partir do início da década de 90, percebe-se o acirramento do confronto ideológico entre os partidários da ampliação dos gastos sociais – como previa a Constituição – e aqueles que defendiam uma contenção fiscal a fim de se cumprir as recomendações do Banco Mundial e do FMI.

A tabela 4 abaixo demonstra como a despesas da União associadas às três “pernas do tripé” aumentaram (tanto no caso do valor nominal como no caso do valor atualizado através do IGP-DI), o que a princípio está de acordo com a idéia da ampliação da cobertura da Seguridade Social. É importante perceber também que, apesar de a previdência ainda ser responsável pelo maior volume de gastos relacionados à Seguridade, o maior crescimento relativo por uma ampla margem de diferença – como se pode perceber na última coluna – é o da Assistência Social. Por outro lado, o crescimento proporcional apresentado pela área da Saúde é assustadoramente baixo frente às outras “pernas”.

Tabela 4: Evolução das despesas da União por função da Seguridade entre 2000 e 2008 (em milhões de reais).

Valor nominal	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2000/2008
Previdência Social	93.407	107.544	123.218	145.477	165.509	188.505	212.490	233.208	257.059	175%
Assistência Social	4.441	5.298	6.513	8.416	13.863	15.806	21.551	24.648	28.655	545%
Saúde	20.270	23.633	25.434	27.171	32.972	36.483	39.736	39.433	43.633	115%

Atualizado com base no IGP-DI	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2000/2008
Previdência Social	203.534	212.327	214.321	206.081	214.316	230.349	255.242	266.557	264.132	30%
Assistência Social	9.678	10.460	11.328	11.922	17.951	19.314	25.887	28.173	29.443	204%
Saúde	44.168	46.661	44.240	38.491	42.696	44.581	47.730	45.073	44.833	1,50%

Fonte: SIAFI - STN/CCONT/GEINC

A tabela 5, elaborada com dados do Orçamento Social do Governo Federal, explicita a proporção de cada tipo de transferência no total das transferências diretas de renda; percebe-se que aquelas de cunho contributivo (i.e. as aposentadorias e pensões, salário maternidade e etc.) existiam, na época que os dados em questão foram levantados, em uma proporção muito maior, do que as de natureza não-contributiva (as transferências assistências e as bolsas de estudo). Apesar disto, percebe-se o crescimento consistente destas últimas frente ao total. Isto sugere que apesar do predomínio dos benefícios contributivos, o gasto social estaria aumentado principalmente através de benefícios não-contributivos.

Tabela 5: Participação de cada tipo de transferência no total de transferências direta de renda 2001-2004 (valores constantes em milhões de reais de 2004)

Transferência	2001	% total	2002	% total	2003	% total	2004	% total
Contributivas sem Critério de Renda	103.205	88,5	119.457	87,8	143.157	87	165.291	86,4
Contributivas com Critério de Renda	6.905	5,9	8.316	6,1	10.210	6,2	11.526	6,0
Não Contributivas com Critério de Renda	6.103	5,2	7.898	5,8	10.266	6,2	13.477	7,0
Não Contributivas sem Critério de Renda	399	0,3	446	0,3	830	0,5	919	0,5

Fonte: Orçamento Social do Governo Federal: 2001-2004.

Já a evolução dos gastos com as principais transferências de renda não-contributivas como proporção do total dos gastos sociais, durante o mesmo período, pode ser vista na tabela 6, apresentada a seguir. Inicialmente, salta aos olhos o dado obtido através do Orçamento Social do Governo Federal de 2001 a 2004 de que o total das despesas com

transferências não-contributivas com *means-tests* baseados em renda equivale a cerca de 83% de todos os gastos sociais diretos com a Assistência Social em 2004. Percebe-se também a primazia do programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada ⁶¹frente às outras transferências, possivelmente por causa do papel político e estratégico que ambos os programas adquiriram ao se tornarem as principais transferências não-contributivas do país. Observa-se no primeiro, por exemplo, um salto de R\$ 2,4 bilhões em 2002 para R\$ 5,8 bilhões em 2004 - um aumento de aproximadamente 150% - em um período de tempo relativamente curto.

Tabela 6: Participação das transferências de renda não-contributivas no total dos gastos sociais diretos 2001 – 2004 (valores constantes em milhões de reais de 2004).

Transferência	2001	% total	2002	% total	2003	% total	2004	% total
Benefício de Prestação continuada	2.694	2,3	3.428	2,5	4.533	2,8	5.776	3,0
Programa Bolsa Família ⁶²	1.531	1,3	2.408	1,8	3.444	2,1	5.799	3,0
Bolsa criança cidadã - PETI	164	0,1	275	0,2	272	0,2	-	-
Bolsa para Jovens de 15 a 17 anos - Agente Jovem	19	0,0	43	0,0	44	0,0	55	0,0
Bolsa Renda	-	-	-	-	103	0,1	-	-
Renda Mensal Vitalícia ⁶³	1.695	1,5	1.744	1,3	1.870	1,1	1.846	1,0
Bolsas de Estudo ⁶⁴	399	0,3	446	0,3	830	0,5	919	0,5

⁶¹ Como explicado na nota de rodapé nº 57, o BPC se constitui em direito do cidadão, ao estando sujeito à situação de caixa do Governo. Neste aspecto ele difere essencialmente do Bolsa Família e demais transferências de renda.

⁶² Inclui o Auxílio-gás, o Bolsa Alimentação, o Bolsa Escola e o Cartão Alimentação.

⁶³ A RMV foi substituída pelo BPC, quando da criação deste. A partir de então não foram feitas novas concessões, passando a ser pagos somente os benefícios anteriormente concedidos.

⁶⁴ Única categoria que sem critério de renda, segundo a fonte citada.

Fonte: Ministério da Fazenda (2005), Orçamento Social do Governo Federal: 2001-2004.

A primazia do BPC e do PBC fica ainda mais evidente ao comparar-se a evolução apresentada na tabela 6 com o desempenho, durante o mesmo período, de outros itens englobados pela Assistência Social brasileira (tabela 7). Percebe-se que estes outros itens ficaram relativamente estagnados ao longo dos anos (e.g. sua proporção no orçamento continuou relativamente a mesma ou encolheu).

Tabela 7: Participação de outros itens da Assistência Social no total dos gastos sociais 2001-2004 (valores constantes em milhões de reais de 2004).

Item da assistência	2001	% total	2002	% total	2003	% total	2004	% total
Alimentação escolar	902	0,6	849	0,5	954	0,4	1.014	0,4
Creches infantis	263	0,2	281	0,2	253	0,1	50	0,0
Assistência ao índio	170	0,1	177	0,1	227	0,1	275	0,1
Ações ligadas à justiça	76	0,0	109	0,1	71	0,0	83	0,0
Ações de desporto	219	0,1	217	0,1	141	0,1	217	0,1
Ações de apoio	64	0,0	71	0,0	9,0	0,0	73	0,0
Atendimento à pessoa idosa ou portadora de deficiência em situação de pobreza	114	0,1	118	0,0	119	0,0	126	0,0

Fonte: Orçamento Social do Governo Federal: 2001-2004.

Da mesma forma, ao analisarmos dados mais recentes da tabela 8⁶⁵ e 9 percebe-se que a tendência parece continuar, visto o fortíssimo crescimento do BPC e do Bolsa família nos últimos anos.

⁶⁵ Os dados da tabela 8 diferem ligeiramente do que foi apresentado na tabela 6, visto que advém de fonte diferente. Apesar disto fica claro o padrão que se forma.

Tabela 8: Evolução dos programas BPC e PBF (milhões de reais)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variação ⁶⁶
PBF	-	-	-	1.531	2.408	3.444	3.792	5.692	7.525	8.965	10.607	12.455	713,5%
BPC	1.134	1.533	2.001	2.694	3.428	4.533	5.814	7.524	9.719	11.548	13.786	-	1116%

Fonte: Elaboração própria através de dados fornecidos por SIAFI - STN/CCONT/GEINC, DATAPREV e MDS, apud Lavinias (2010).

Tabela 9: Gastos com PBF e BPC sobre despesa total da União e despesa da União com a Assistência Social (milhões de reais).

Despesas união	2004	2005	2006	2007	2008
PBF	0,42%	0,51%	0,64%	0,77%	0,89%
BPC	0,64%	0,68%	0,83%	0,99%	1,15%
Assistência	2004	2005	2006	2007	2008
PBF	27,35%	36,01%	34,92%	36,37%	37,02%
BPC	41,94%	47,60%	45,10%	46,85%	48,11%

Fonte: Elaboração própria através de dados fornecidos por SIAFI - STN/CCONT/GEINC, DATAPREV e MDS, apud Lavinias (2010).

Já em comparação com a Saúde, de longe a parte da Seguridade Social Brasileira de caráter mais universal, percebe-se, com o auxílio das tabelas 4 e 10, uma relativa perda de espaço na participação deste subsistema no total dos gastos sociais federais. Da mesma forma, os gastos com o SUS parecem tender a acompanhar o dispêndio total da Saúde; talvez isto explique, em alguma medida, a percepção de sucateamento do sistema por parte da população em geral.

Tabela10: Gastos sociais totais com o SUS e a Saúde em geral 2001-2004 (valores constantes em milhões de reais de 2004).

	2001	% total	2002	% total	2003	% total	2004	% total
SUS	12.746	8,0	13.956	7,7	14.789	6,9	17.471	7,0
Total da Saúde	21.187	13,3	24.001	13,2	26.524	12,4	31.794	12,8

Fonte: Ministério da Fazenda (2005), Orçamento Social do Governo Federal: 2001-2004.

Como atualmente as prefeituras se tornaram responsáveis por grande parte da

⁶⁶ Do primeiro ano apresentado em cada caso até o último ano. O Símbolo “-” significa dados não disponíveis a este trabalho.

execução dos gastos sociais - especialmente nas áreas da educação, saúde e assistência - torna-se necessário observar estes mesmos tipos de gasto nas esferas descentralizadas, já que:

“é justamente o gasto social descentralizado que deveria ser medido para além do gasto do Governo Federal, uma vez que as áreas de saúde, saneamento, habitação, educação, assistência, nas quais as esferas estaduais e municipais são fortemente atuantes, mostram-se essenciais à promoção de mais bem-estar, favorecendo a inclusão social e equidade”. (LAVINAS 2007, pág. 54)

Apontando primeiramente a dificuldade em se organizar tais dados, a mesma fonte do trecho acima afirma que todos os gastos referentes à infra-estrutura urbana, moradia e saneamento básico sofreram forte retração em termos percentuais na esfera estadual, durante o período que abrange de 2001 a 2004. Já no caso das despesas efetuadas pelos municípios chama atenção a expansão acentuada das despesas referentes à Saúde, mas como visto no capítulo 2 deste trabalho, tal aumento resulta de compulsoriedade prevista em lei. Fora isso se percebe uma estagnação dos custos com a educação, o que sugere um gasto *per capita* declinante, além de uma redução proporcional nos gastos com saneamento e urbanismo (LAVINAS, 2007).

Quanto à cobertura dos programas de transferência, pode ser dito que aqueles que são parte do Bolsa Família, ainda têm muitos problemas a serem resolvidos, visto que, além de preencher os *means-tests* e cumprir as exigências referentes à manutenção do benefício programado, o pobre ainda precisar ser capaz de se posicionar corretamente nos primeiros lugares da “fila”⁶⁷, superando a falta de informação e a falta de meios para agir, características de tal condição. Como comprovação, análise das várias edições da Pnad destes últimos anos demonstra que várias famílias ditas indigentes (algo entre 30% e 50% delas de 2004 a 2006⁶⁸) não foram contempladas por nenhum tipo de auxílio de renda, tendo sido as famílias monoparentais ainda mais excluídas do que as duoparentais.

Quanto à falta de metas na aplicação dos programas brasileiros de transferências de renda não- contributivas, é ela por si só um problema, pois o máximo que pode ser feito

⁶⁷ Refere-se aos custos de fila abordados anteriormente nesta monografia.

⁶⁸ Pág. 61 da fonte em questão.

desta forma é contar quantos dos beneficiários ultrapassaram a linha definida arbitrariamente como de pobreza de um lado para o outro. Portanto o modelo atual carece de meios que avaliem se, ao longo de prazos mais longos, a pobreza está sendo realmente erradicada.

Para concluir esta seção, apesar do entendimento consensual existente acerca do aumento dos gastos públicos e de seus impactos na redução da pobreza, deve ser feito um alerta à sociedade quanto aos cortes destes em algumas funções imprescindíveis para a redução efetiva da desigualdade em favor das transferências focalizadas⁶⁹ (LAVINAS, 2007). Além disso, frente às condicionalidades que precisam ser cumpridas a fim de um indivíduo se tornar elegível ao Bolsa Família, a focalização exclusiva deste em camadas mais pobres da população brasileira, e a relativa estagnação de políticas de âmbito mais universal, pode ser dito que existem de fato indícios que favorecem a criação de uma rede mínima de proteção social⁷⁰. Tal fato fica ainda mais claro quando se considera a razão de ser dos programas focalizados sujeitos à comprovação de insuficiência de renda:

“Antes de mais nada [existem] para restringir a demanda, tornando o acesso difícil, inconveniente (custos elevados para obter o benefício), quando não estigmatizante, levando, pois, a que beneficiários potenciais dispensem o auxílio monetário” (LAVINAS 2007, pág. 60).

3.3. –A Situação no Reino Unido e União Européia.

Neste item, tal como o título provavelmente denuncia, tentar-se-á fazer uma análise dos dados sobre os gastos sociais de alguns países europeus. Objetiva-se, inserir a discussão deste capítulo em um contexto internacional utilizando dados do Reino Unido e da União Européia, mas antes cabe explicar o porquê da escolha de tais fontes. A razão primeira é a incrível facilidade em se obter dados sobre gastos públicos em ambos os casos. A segunda razão se refere a uma opção pela coerência com o que foi apresentado no capítulo um desta monografia; acredita-se aqui ser principalmente interessante retornar ao caso inglês já que este forneceu a base teórica inicial deste trabalho.

⁶⁹ Ver mais sobre isso abaixo.

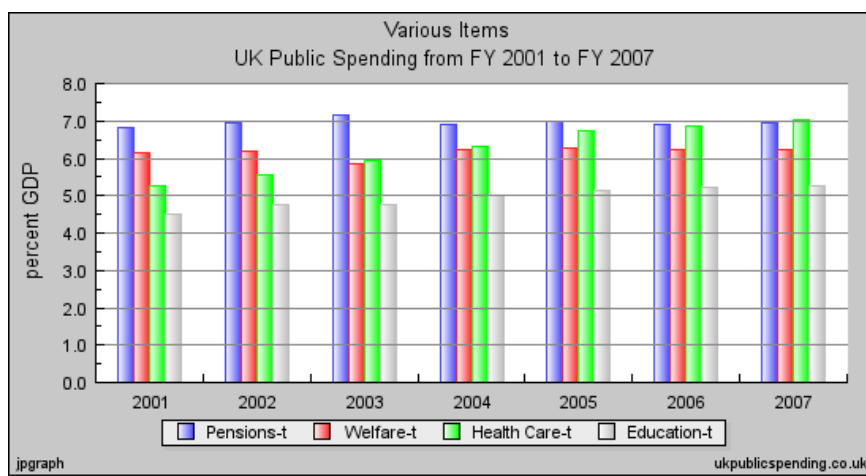
⁷⁰ Ver cap. I.

Como visto anteriormente, o Estado do Bem-Estar Social Britânico pós-Beveridge é apoiado em três pilares: a previdência, ou seguro social; os benefícios universais, aos quais todos ingleses tinham direito incondicionalmente; e a assistência social focalizada na parcela da população mais pobre. Apesar de obviamente os gastos sociais não serem classificados de forma idêntica aos do Brasil, por motivos óbvios, acredita-se aqui que a nível de uma comparação inicial – superficial que seja – poderia se comparar as pensões com a Previdência contributiva, o *healthcare* com a Saúde e o *welfare* com a Assistência. Portanto define-se aqui os itens utilizados no gráfico 2: 1) as aposentadorias e pensões englobam aposentadorias por invalidez e doença, aposentadorias por idade avançada e *survivors pensions*⁷¹; 2) o *healthcare*, que comporta os gastos públicos com serviços da saúde e P&D na área; 3) o *welfare*⁷², o qual engloba políticas voltadas à família e a criança, à moradia, ao combate ao desemprego (i.e. transferências de renda não-contributivas para indivíduos e casais desempregados que provem insuficiência de renda) e a exclusão social; 4) e a educação, que inclui gastos públicos com todos os níveis de educação e P&D na área. A educação é também atualmente o quarto maior dispêndio do governo britânico (UKPUBLICSPENDING) e integra o Sistema de Proteção Social britânico (BARR, 2003). Tem, portanto participação reconhecida na diminuição da exclusão social.

⁷¹ Paga a certos dependente após a morte do segurado.

⁷² O termo *welfare* aqui está sendo usado de forma mais restrita do que foi durante o resto do texto, onde era sinônimo de Estado do Bem Estar Social.

Gráfico 2: Evolução dos gastos públicos como proporção do PIB⁷³ (Reino Unido)



Fonte: ukpublicspending.co.uk

Tabela11: Evolução de gastos públicos em proporção do PIB (Reino Unido)

Year	GDP (£billion)	Pensions-total percent GDP	Health Care-total percent GDP	Welfare-total percent GDP	Education-total percent GDP	Total Spending-total percent GDP
2001	1003.3	6.81	5.26	6.16	4.52	36.06
2002	1055.79	6.95	5.54	6.17	4.77	36.49
2003	1118.24	7.15	5.92	5.85	4.77	37.13
2004	1184.3	6.91	6.33	6.22	5.02	38.12
2005	1233.98	7.00	6.72	6.29	5.13	39.53
2006	1303.92	6.89	6.88	6.22	5.21	38.51
2007	1343.75	6.94	7.03	6.24	5.28	40.43

Fonte: ukpublicspending.co.uk

Do gráfico acima, e a tabela que o acompanha, a primeira coisa a saltar os olhos é a relativa estabilidade dos dispêndios das aposentadorias e pensões contributivas e dos gastos com *welfare* - em torno de 7% e 6,2 % do PIB respectivamente. A tabela 9 demonstra que os gastos públicos totais também subiram constantemente em termos do produto interno, a exceção de 2006, o que provavelmente possibilita explicar o crescimento estável do *healthcare* e da educação em termos percentuais. Salta também a atenção o fato de as aposentadorias públicas (*pensions*) não consumirem uma parcela tão mais alta do PIB do que os gastos com *welfare* como ocorre no Brasil. Percebe-se que a

⁷³ GDP (*gross domestic product*) no gráfico.

soma dos gastos com aposentadorias e pensões mais *healthcare*, mais *welfare* e mais educação, no ano de 2007, corresponde a cerca de 25 % do PIB Inglês daquele ano e mais da metade de todos os gastos públicos. Se adicionarmos somente o *healthcare* e o *welfare*, no mesmo ano, vemos que se tem um gasto equivalente a 13,27% do PIB cerca de um terço do gasto publico total. Se compararmos tal resultado com a soma dos gastos com Assistência Social mais os gastos com a Saúde brasileira em 2006, percebemos que tal soma corresponde a apenas 2,69 % do PIB brasileiro daquele ano⁷⁴. De forma semelhante, os gastos com a previdência contributiva eram apenas de 9,34 % do PIB brasileiro contra 6,94% em 2007 e 6,89 em 2006 na Inglaterra.

Olhando para União Européia como um todo, percebe-se que, apesar das diferenças regionais, é possível discernir alguns padrões sobre papel das transferências de renda no continente:

“principalmente na Dinamarca, Finlândia e Suécia - e em menor grau a Holanda - transferências de renda universais, nas quais todos os residentes são elegíveis ocupam um papel de destaque. Estes são combinados com benefícios suplementares relativamente generosos. Nos países continentais restantes, a proteção social é caracterizada por uma seguridade contributiva a qual cobre a vasta maioria da população e são complementadas por outros programas residuais focalizados na população de baixa renda. Na Irlanda e No Reino Unido, a seguridade é menos extensa, mas transferências focalizadas ocupam um papel mais importante que em outros países. Nos países do Sul do continente, transferências relacionadas ao desemprego, à doença e à invalidez ocupam o papel de maior importância.” (EUROSTAT 2002, pág. 122; tradução própria).

Observando a tabela abaixo se percebe que no Reino Unido, o tipo de benefício que mais cresceu em proporção ao gasto social total, foram as transferências não-monetárias sem *means-test*, o tipo de benefício menos discriminatório. Considerando os subgrupos EU (25) e EU (15) a mesma tendência é observada. Em nenhum dos três casos é possível discernir uma trajetória clara nem de crescimento nem de queda na evolução da proporção dos benefícios monetários com *means-test*. Comparando com os dados disponíveis do Brasil (tabela 5) percebe-se uma diferença expressiva já que os benefícios monetários com *means-test* (tanto contributivos quanto não contributivos) apresentam uma tendência de crescimento proporcional.

⁷⁴ Tanto para o PIB de 2006, como para os gastos com previdência, saúde e assistência (tabela 4) foram usados valores correntes de 2006.

Tabela12: Parcela dos gastos com proteção social no Reino Unido e UE 2001-2005
(em milhões da moeda especificada).

UK Libra Esterlina	2001	2002	2003	2004	2005
Gasto social total ⁷⁵	274 182 (100%)	276 448 (100%)	293 310 (100%)	311 222 (100%)	331 257 (100%)
Benefícios monetários sem <i>means-test</i>	153 748 (56,08%)	150 922 (54,59%)	157 779 (53,79%)	163 101 (52,41%)	173 282 (52,31%)
Benefícios não monetários sem <i>means-test</i>	69 574 (25,38%)	73 446 (26,57%)	84 385 (28,77%)	92 881 (29,84%)	100 831 (30, 44%)
Benefícios monetários com <i>means-test</i>	17 410 (6,36%)	17 609 (6,37%)	18 581 (6,33%)	20 008 (6,43%)	19 659 (5,93%)
Benefícios monetários sem <i>means-test</i>	23 351 (8,52%)	26 097 (9,44%)	27 301 (9,31%)	29 416 (9,45%)	31 311 (9,45%)
EU (15) ⁷⁶EURO⁷⁷	2001	2002	2003	2004	2005
Gasto social total	2454 324 (100%)	2567 478 (100%)	2648 833 (100%)	2766 392 (100%)	2871 381 (100%)
Benefícios monetários sem <i>means-test</i>	1478 257 (60,23%)	1533 950 (59,75%)	1579 785 (59,64%)	1632 742 (59,02%)	1680 355 (58,52%)
Benefícios não-monetários sem <i>means-test</i>	635 550 (25,90%)	673 907 (26,25%)	705 693 (26,64%)	747 474 (27,02%)	786 447 (27,39%)
Benefícios monetários com <i>means-test</i>	117 411 (4,78%)	124 837 (4,86%)	129 106 (4,87%)	139 193 (5,03%)	140 635 (4,90%)
Benefícios não-monetários com <i>means-test</i>	117 517 (4,79%)	129 506 (5,04%)	131 013 (4,95%)	139 028 (5,03%)	154 255 (5,37%)
EU (25)⁷⁸ EURO	2001	2002	2003	2004	2005

⁷⁵ A soma dos benefícios monetários e não monetários não equivale a 100% do gasto social total, pois ficam faltando ainda, por exemplo, os custos administrativos.

⁷⁶ Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Espanha, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Áustria, Portugal, Finlândia, Suécia e Reino Unido.

⁷⁷ Obtida através das taxas de conversão das moedas nacionais para o EURO de 1999.

⁷⁸ Bélgica, Rep. Checa, Dinamarca, Alemanha, Estônia, Grécia, Espanha, França, Irlanda, Itália, Chipre, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Hungria, Malta, Holanda, Áustria, Polônia, Portugal, Eslovênia, Eslováquia, Finlândia, Suécia e Reino Unido.

Gasto social total	2540 368 (100%)	2660 344 (100%)	2740 335 (100%)	2861 957 (100%)	2980 157 (100%)
Benefícios monetários sem <i>means-test</i>	1537 530 (60,52%)	1597 267 (60,04%)	1641 678 (59,91%)	1696 976 (59,29%)	1753 057 (58,82%)
Benefícios não-monetários sem <i>means-test</i>	655 104 (25,79%)	696 232 (26,17%)	728 267 (26,58%)	771 052 (26,94%)	813 447 (27,30%)
Benefícios monetários com <i>means-test</i>	121 162 (4,77%)	128 760 (4,84%)	132 709 (4,84%)	143 260 (5,01%)	145 392 (4,88%)
Benefícios não-monetários com <i>means-test</i>	118 883 (4,68%)	130 605 (4,91%)	132 465 (4,83%)	140 377 (4,90%)	155 806 (5,23%)

Fonte: Eurostat 2008

Desta forma, a situação européia parece ser diferente da Brasileira, já que se percebe que não há um abandono dos outros gastos sociais em favor do aumento das transferências diretas focalizadas. Porém é preciso lembrar que o continente europeu em si é bastante diverso em termos de políticas sociais, tendo alguns países optado por benefícios sociais de âmbito universal como o núcleo de seus *welfare*, enquanto outros fizeram uma escolha de nortear seus dispêndios de maneira que prioriza um esquema mais contributivo.

3.4. – As Questões da Não-Contribuição e da Dupla Regressividade.

É notório que a carga tributária – indicador que expressa a relação entre o volume de recursos adquiridos pelo Estado através de impostos, taxas e contribuições e o PIB - brasileira aumentou sensivelmente nos últimos anos; na verdade, segundo Salvador (2007), ela saltou de 29% para 37% do PIB entre 1994 e 2005. Mas, segundo o mesmo autor, o problema central não é somente o tamanho de tal carga e sim quem a paga, visto que o país tira:

“a maior parte de sua receita de tributos indiretos e cumulativos, que oneram mais o trabalhador e a classe média, pois tem alta carga tributária sobre o consumo – mais da metade da carga provém de tributos que incidem sobre bens e serviços – e uma baixa tributação sobre a renda.” (SALVADOR 2007, pág. 81).

Desta forma, por mais que se possa argumentar a existência de uma tributação excessiva no Brasil, é possível que seja mais urgente reconhecer o fato de que justamente os mais desprovidos de renda arcam com uma parte relativamente mais elevada destes encargos.

Em anos mais recentes começou a surgir também um interesse em pesquisar como a incidência dos tributos indiretos utilizados para financiar a Seguridade Social atinge as camadas mais pobres da população. O argumento é explicado com clareza na citação a seguir:

“O financiamento da Seguridade Social é feito basicamente por tributos criados para esse fim. Na existência do “fetiche do imposto” (...), esses tributos são repassados para o contribuinte. Nesse contexto, as camadas mais pobres contribuem indiretamente para o financiamento da Seguridade Social, em função da quantidade de produto ou serviço consumido.” (SOUZA FILHO 2008, pág. 106).

Se tal argumento for verdadeiro, é preciso pensar em que medida isto afeta as transferências de renda não-contributivas e a validade da estratégia em se criar uma rede de proteção social mínima através da focalização, pois neste caso tais transferências seriam melhor descritas como de contribuição indireta.

A fim de investigar tal possibilidade Souza Filho (2008) propõe um exercício a fim de verificar se o perfil de financiamento da Seguridade Social, e do gasto público em si, é regressivo. Usando a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2002-2003), ele obtém os decis da renda domiciliar mensal *per capita* brasileira e considera os dois primeiros como aqueles que compreendem a população considerada pobre⁷⁹. Em seguida o autor considera diversos atributos da POF distribuídos entre: moradia, comunicações e transporte, alimentação, fumo, educação, lazer, vestuário e assistência à saúde. Tendo em mão tal informação descobriu então os gastos por atributo para os diferentes decis, para, em seguida, calcular a incidência que os tributos da Seguridade Social têm sobre cada faixa de renda da população.

O resultado encontrado foi de que:

⁷⁹ O primeiro possui uma renda que varia de R\$ 2,78 e R\$ 109, 52. Já o segundo tem renda que se situa entre R\$ 109,54 e R\$ 175,96.

“um domicílio pertencente ao primeiro décimo desembolsa em média cerca de R\$ 423 anualmente com a Seguridade Social (indiretamente), o que corresponde a cerca de R\$ 35,27 por mês. Já o segundo décimo gasta cerca de R\$ 507, 14 reais por ano ou cerca de R\$ 42,26 reais por mês.” (SOUZA FILHO 2008, pág. 115).

Após os resultados obtidos foi calculado um índice de regressividade a partir da razão entre a contribuição anual a Seguridade Social pela renda anual de cada décimo.

“Os resultados obtidos (...) indicam que a participação da contribuição à Seguridade Social brasileira tem um perfil extremamente regressivo. A contribuição do primeiro decil corresponde a 9,58% de sua renda, para o segundo décimo o valor é de 6,6%.” (SOUZA FILHO 2008, pág. 115).

Ironicamente, o autor descobre posteriormente que o gasto público em geral é muito mais direcionado aos ricos do que aos pobres, pois, segundo os cálculos do mesmo, a proporção de serviços básicos recebidos pelo decil mais pobres é sensivelmente inferior aos dos últimos decis (mais ricos). Desta forma os pobres contribuiriam de maneira regressiva sem saber, e receberiam uma fatia proporcionalmente menor do que a dos ricos dos serviços públicos. Essa é a dupla regressividade da política social brasileira.

Parece contraproducente e injusto, do ponto de vista da redistribuição de renda e da justiça social, que justamente os mais vulneráveis paguem proporcionalmente mais. Fica evidente que precisa ser encontrado um meio menos regressivo de financiar a Seguridade de forma a garantir que a incidência dos impostos ou não seja em cima dos bens e serviços mais essenciais aos mais pobres, ou as alíquotas sejam mais sensíveis às diferenças de renda. Quanto às transferências diretas de renda ditas não-contributivas, percebe-se que estas na verdade não existem. Se a intenção destas é ser um diferencial direcionado aos pobres como uma compensação não-contributiva por sua insuficiência de renda, deve-se ter certeza que seus beneficiários não estão ao fim contribuindo indiretamente para recebê-las.

3.5. – A Universalidade como Alternativa.

A focalização através de transferências de renda não contributivas de *means-test*, por seu caráter fortemente seletivo, necessitam de mecanismos de controle funcionais que

elevam os custos administrativos desviando, portanto recursos da atividade fim (LAVINAS, 2005). Fica claro que, se não bem elaborados tais mecanismos de controle podem se tornar por demais custosos, o que, em certos casos, tenderia a favorecer políticas mais abrangentes que apesar de serem caras desprenderiam seus recursos com menos entraves – pelo menos em teoria. Além disso, segundo Lavinas (2005), à exceção do BPC⁸⁰, as transferências de renda não contributivas no Brasil, que em geral são *means-tested* e tem seu benefício definido inferior a um salário mínimo, têm tido impacto insuficiente na redução da pobreza⁸¹, tendo sido seus valores *per capita* mensais muito pequenos. Desta forma seria necessário gastar muito mais para se diminuir a desigualdade.

“Custa a crer que o melhor atalho para se chegar à incondicionalidade universal seja tomar a direção (...) cuja trilha impõe *means-test* e contrapartidas, além de penalização dos benefícios cuja renda familiar per capita variar positivamente. Estes teriam que ser desligados por não mais se adequarem ao limite de insuficiência de renda (linha de pobreza), a menos que se estabeleçam novos critérios para regular a tolerância com tais variações, o que pode gerar ineficiências” (LAVINAS 2005, pág. 15)

A lei nº 10.835/2004 do Senador Eduardo Suplicy, que instituiu a Renda Básica de Cidadania brasileira, tenta conciliar a realidade das políticas assistenciais brasileiras com a universalidade prevista na Constituição de 1988. De acordo com a lei, uma renda monetária será dada a todos os brasileiros de forma gradual começando pelos mais necessitados através da evolução de programas de transferência de renda como o Bolsa Família e eventualmente expandido a té seu potencial máximo. Apesar do grande passo que tal lei ter sido sancionada por unanimidade no senado em 2004 representa frente às pressões conservadoras que criaram entraves à Seguridade Social estabelecida a partir de 1988, existem suspeitas que tal lei permaneça letra morta já que:

“o que está em jogo no Brasil é justamente a natureza de seu sistema de proteção social que se configura, na prática, cada vez mais como residual, num misto de condicionalidades e acesso fortemente restritivo, na direção oposta ao espírito universalista-redistributivo que levou à construção da constituição da Seguridade Social em 1988 e que inspira e legitima a renda básica de cidadania”. (LAVINAS 2005, pág.5)

⁸⁰ Neste trabalho não se considerou a previdência rural como transferência de renda não-contributiva, visto sua natureza previdenciária e associação à atividade ocupacional.

⁸¹ Na medida em que não garantem o direito à segurança econômica propriamente dita, e sim uma renda. É importante ter tal distinção clara (LAVINAS, 2007).

Na busca de alternativas, Lavinhas (2006) propõe um benefício universal para todas as crianças (0 a 16 anos) de 60 \$ reais mensais. Segundo a mesma, o impacto na redução da pobreza seria visível, além permitindo desmercantilizar parte dos encargos assumidos pelas famílias brasileiras na educação de seus filhos e combater o trabalho infantil. Outra vantagem seria gerar um mecanismo automático de cobertura, pois a cada ano seriam incorporados os recém nascidos e retirados aqueles que não mais se qualificariam, facilitando tremendamente o planejamento e o monitoramento financeiro do programa.

Fora do Brasil, como apresentado anteriormente, diversos países europeus, como Finlândia, Noruega, Dinamarca, Suécia, e Holanda adotaram sistemas sociais centrados em benefícios e transferência universais, tendo as políticas focalizadas de *means-test* peso marginal e agindo principalmente como instrumentos complementares as primeiras (LAVINAS, 2005). O foco mais universalista surge de uma mentalidade nestes países que dá prioridade a distribuição de renda e a criação de uma sociedade mais igualitária a priori e não apenas após a constatação de pobreza. Além disto, mesmo nos países que ainda não centram sua seguridade nos benefícios universais, por indução da comunidade européia, o debate no Europa tem se concentrado cada vez mais no sentido de se tentar criar políticas mais abrangentes como, i.e. a renda mínima universal, do que no na focalização e controle do estoque de pobreza. Vanderbrought (2002) chega ao ponto de afirmar que os aspectos fiscais e financeiros não são os elementos centrais à questão, e sim a dificuldade das pessoas em separar renda e atividade econômica

Para finalizar, cabe dizer que as transferências não-contributivas focalizadas não são boas ou más por si só; elas precisam existir para compensar aqueles que, mesmo depois das medidas universais terem sido tomadas, ainda se encontrarem em desvantagem ao considerado suficiente pelo consenso nacional. O problema está em tentar desconstruir ou abandonar as outras áreas da Seguridade Social em prol de tais transferências, pois foi demonstrado ao longo deste trabalho o quanto estas podem ser insuficientes como mecanismo de proteção social ao tratar a pobreza como um problema de regulação estática ao mesmo tempo em que impões dificuldades e estigma a seus beneficiários.

CONCLUSÃO

Como visto ao longo deste trabalho a Constituição Federal de 1988 foi um marco na política social brasileira; foi a partir dela que a Seguridade Social de vocação mais universalista começou a ser estabelecida no país. Foi apresentado também que tal processo ocorreu na contra mão do que ocorria simultaneamente na América Latina, onde as reformas previdenciárias permitiram delegar ao setor privado cada vez mais da proteção social. Nem por isso, porém, Brasil tornou-se imune às pressões de forças conservadoras (externas e internas) as quais visavam ou desconstruir ou obstruir os princípios universais recém-estabelecidos.

É neste contexto que as transferências de renda não-contributivas sujeitas a critério de renda adquiriram uma posição de destaque dentro das políticas sociais brasileiras. Tal fato, por si só, não é preocupante, visto que um Estado do Bem-Estar Social verdadeiramente estabelecido prevê a utilização dos diversos tipos de benefícios e mecanismos de proteção social. Quando usadas de forma complementar aos demais instrumentos de proteção, as transferências de renda têm o importante papel de socorrer aqueles que, por um motivo ou outro, após as medidas de cunho universal terem sido administradas, ainda se encontram em posições socialmente desvantajosas frente a seus co-cidadãos.

Entretanto, no Brasil, os dados mostram consistentemente que se gasta proporcionalmente cada vez mais com tais transferências e menos com os benefícios universais. É esse viés que assusta, visto que as transferências de renda focalizadas são muitas vezes utilizadas em nome da eficiência fiscal e de forma semelhante ao que foi chamado de rede de proteção social mínima por outros autores. Continua sendo importante lembrar que ainda encontram-se no aparelho de Estado e no poder visões defendem minimizar o papel do setor público como provedor de proteção social. Dentro desta mesma concepção defende-se delegar ao setor privado, aquelas partes do *welfare* que se provarem lucrativas; convenientemente esquece-se que para tal setor não é economicamente interessante ou possível prover a proteção para todos os segmentos vulneráveis da população brasileira. Não há, por exemplo, seguro contra a pobreza, e não há em mercado securitário que vá desenvolver esse serviço.

É também importante lembrar do estigma e dos “custos de fila” associados às transferências focalizadas não-contributivas que “penalizam” os potenciais beneficiários de tais programas e muitas vezes impedem que a cobertura seja tão ampla quanto deveria ser. Além disso, o fenômeno da dupla regressividade faz com que os decís mais pobres da população paguem relativamente mais para ter algum acesso às seguranças, através dos impostos indiretos, e recebam relativamente menos serviços públicos, e de menor qualidade. Considera-se nesta conclusão, como consequência deste fato, de primeira importância reorganizar o sistema tributário brasileiro para que este passe a tributar principalmente a renda e não o consumo básico, o qual tende a ser mais punitivo aos com menos renda.

Por fim, acredita-se ser imperativo reavaliar se a focalização é de fato socialmente mais desejada para atender às carências da população brasileira, visto que ela não atende ao espírito da proposta constitucional e já existem outras formulações de benefícios alternativos, como o benefício universal a ser estendido a todas as crianças sugerido por Lavinias (2006). Para esse, fim vale à pena lançar um olhar sobre a experiência européia que continua favorecendo, como mostram os dados, um sistema de proteção social mais equilibrado e maduro. É verdade que talvez as condições históricas e culturais que propiciaram tal trajetória sejam bastante distintas daquelas associadas ao Brasil, mas a própria diversidade dos países que compõem a União Européia, a qual aparentemente está conseguindo se coordenar cada vez mais como um bloco nestas questões, pode conter algumas respostas às possibilidades abertas ao país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERLOF, G. A. (1970), “The Market for Lemons: Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism,” *Quarterly Journal Of Economics*, 84, 488-500.

ALBER, J. (1986) *Della Carita allo Stato Sociale*. Bologna, Il Mulino.

ANFIP – Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social (1995), **Um fórum para a Seguridade Social: saúde, assistência e previdência social**. Brasília: Anfip. 143 p.

ATKINSON, A. *et al.* (2002), *Social Indicators: The EU and Social Inclusion*. New York: Editora Oxford University Press Inc.

BANCO MUNDIAL (1994), *Averting the old age crisis: policies to protect the old and promote growth*. Washington, DC: Oxford University Press.

BARR, N. (2003), *Economics of the Welfare State*. Oxford: ed. 4, Oxford University Press.

_____. (1987), *Economics of the Welfare State*. Stanford: ed. 1, Stanford University Press.

BOCCHI JUNIOR, H. (2003), *Os Direitos Humanos e a Seguridade Social no Brasil*. In: *Síntese Trabalhista* nº. 171. Porto Alegre. 2004. Editora Síntese.

BRASIL. Constituição (1988), *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 168p., disponível em:

<<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/Consti.htm>>

Último acesso em 06 fev 2010.

_____. Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, *Seguro-Desemprego*.

Díponível em:

<http://www.caixa.gov.br/Voce/Social/Beneficios/seguro_desemprego/index.asp>.

Último acesso em 02 fev 2010.

CARRIER, J. & KENDALL, I. (1977), *Social Administration as Social Science*. In: HEISLER, H. (ed), **Foundations of Social Administration**. Londres: Macmillan.

ESPING-ANDERSEN, G. (1987), Power and Distributional Regimes. In: *Politics and Society*..vol. 14, n. 2.

_____. (1991), *As Três Economias Políticas do Welfare State*. In: **Lua Nova**. São Paulo, n. 35.

EUROSTAT (2002), **Income Poverty and Social Exclusion: 2nd Report**. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.

_____. (2008), **Social Protection Expenditures and Receipts: data 1995-2005**. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.

FAGNANI, E. (1997), **Política Social e Pactos Conservadores no Brasil: 1964/1992**. Economia e Sociedade (UNICAMP), v. 8, p. 183-238.

FARIA, A. C. et al. (2007), **Focalização de Políticas Públicas: Uma Discussão Sobre o Método de Avaliação da População-Alvo**. In: *Ensaio FEE*, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 287-310, jul. 2007.

FRASER, D. (1984), *The Evolution of the British Welfare State*. Londres: ed. 2, Macmillan.

GINSBURG, N. (1979), *Class, Capital and Social Policy*. Londres: Macmillan.

GOUGH, I. (1978), *Theoris of The Welfare State*. In: **International Journal of Health Services**. Vol. 8, n.1.

HAY, J. R. (1975), *The Origins of the Liberal Welfare Reforms 1906-1914*. Londres: Editora Macmillian.

HOBBSBAWM, E. J. (1979). *Labouring Men*, Londres, Weidenfeld and Nicolson, (6a ed.).

IPEA (2007), **Boletim de Políticas Sociais - acompanhamento e análise**. nº 13, edição especial 2007 , disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_13/BPS_13_completo.pdf>

Último acesso em 21 jan. 2009.

IPEA (2008), **Boletim de Políticas Sociais - acompanhamento e análise**. nº 15, disponível em:

< http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_15/16_completo.pdf>

Último acesso em 05 fev. 2010.

JACCORD, L. (2009), *Proteção Social no Brasil: Debates e Desafios*. In: **Concepção e Gestão da Proteção Social Não Contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

LAFITTE, F. (1973), *Social Policy in a Free Society*. In: BIRREL, W. et al (eds.), **Social Administration: Readings in Applied Social Science**. Nova Iorque: Penguin.

LAVINAS, L. (2003), *Pobreza, Desigualdade e Exclusão: Contextos Atuais*. In: **Encontro da Rede URB-AL**, 2003, São Paulo. Rio de Janeiro: Documento de Base URB-AL 10. p 1-74.

_____. (2005). **Excepcionalidade e Paradoxo: Renda Básica Versus Programas de transferência direta de renda no Brasil**. Rio de Janeiro: IE-UFRJ, 2005

_____. (2006), **From means-test schemes to basic income in Brazil: exceptionality and paradox** at International Social Security Review (ISSA), vol. 59, n. 3, July-September, 2006, Blackwell Publishing: Geneva, p. 103-125.

_____. (2007), *Transferência de Renda: o “Quase Tudo” do Sistema de Proteção Social do Brasileiro*. In: SISCSÚ, J. (org). **Arrecadação (de onde você vem?) e gastos públicos (para onde vão?)**. São Paulo: Ed. Boitempo.

_____; CAVALCANTI, A. (2007). *O Legado da Constituição de 88: é Possível Incluir Sem Universalizar?* In: **Carta Social e do Trabalho**, nº7 – set/dez, CESIT.

LO VUOLO, R. et al. (1999), *La Pobreza de la Política contra la Pobreza*. Buenos Aires: CIEPP-Miño y Dávila Editores.

MARIANO, I. (2007), *Focalização x Universalização*, Shvoong: Resumos e Revisões Curtas.

Disponível em:

<<http://pt.shvoong.com/social-sciences/1636162-focaliza%C3%A7%C3%A3o-universaliza%C3%A7%C3%A3o/>>

Último acesso em 20 set 2009.

MARTINS, P. (2008), **Linha Oficial de Pobreza no Brasil: critérios para sua definição**. 113 f. Dissertação (Graduação em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MARTINS, S. P, *Direito da seguridade social*. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MESA-LAGO, C. (1985), *El desarrollo de la Seguridad Social em América Latina*. Santiago: Cepal, Estudios e Informes nº43.

_____. (2000), *Desarrollo social, reforma del estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI*. Santiago, Chile: Cepal, (Series Políticas Sociales).

_____. (2004), *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago, Chile: Proyecto Cepal/GTZ Desarrollo y equidad social en América Latina y el Caribe. (Serie Financiamiento del Desarrollo, n. 144).

_____. (2007a), *As Reformas de Previdência na América Latina e seus Impactos*

nos Princípios de Seguridade Social. /Tradução da Secretaria de Políticas de Previdência Social. Brasília, Brasil: Ministério da Previdência Social.

_____. (2007b). *O Sistema de Saúde Brasileiro: seu impacto na pobreza e desigualdade.* In: **Nueva Sociedad**, Outubro. ISSN: 0251-3552.

Disponível em: <<http://www.nuso.org/upload/portugues/2007/MesaLago.pdf>>

Último acesso em 09 de fev 2010.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME, em
/www.mds.gov.br.

MINISTÉRIO DA FAZENDA (2005), *Orçamento Social do Governo Federal 2001 - 2004*, Brasília, abril de 2005.

Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br/portugues/releases/2005/OS200429abr.pdf>>

Último acesso em 10 de fev 2010

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, em /www.previdencia.gov.br.

MUSGRAVE, R.; MUSGRAVE, P. (1980), *Finanças Públicas: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Ed. Campus.

NOLAN, B. and RUSSEL H. (2001), *Non-Cash Benefits and Poverty in Ireland*, Dublin: ESRI, Policy Research Series No. 39.

OIT (2002), *Organização Internacional do Trabalho. Pensiones no contributivas y asistenciales: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay.* In: BERTRANOU, F.; SOLORIO, C.; VAN GINNEKEN, W. (Eds.). Santiago do Chile, 2002.

PELLING, H. (1979), *Popular Politics and Society in Late Victorian Britain*. Londres: ed. 2, Macmillan.

POYNTER, J. (1998), "Malthus and his critics", *Malthus Bicentenary Conference*, National Library of Australia, Canberra: National Academies Forum,

Disponível em: <http://www.naf.org.au/poynter.rtf>,

Último acesso em 13 Dez 2008.

SLAVADOR E. (2007), *A distribuição da Carga Tributária: Quem Paga a Conta?* In: SISCSÚ, J. (org). **Arrecadação (de onde você vem?) e gastos públicos (para onde vão?)**. São Paulo: Ed. Boitempo.

SADER, E. (2006). *A Revolução Democrática na Bolívia*, Programa de las Américas report.

Disponível em: <http://www.ircamericas.org/port/3076>

Último acesso em 01 Out 2008.

SEN, A. K. (2005), Pobreza como Privação de Capacidades. In: *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Editora Companhia das Letras. p 109-134.

SKOCPOL, T. (1995), **Social Policy in the United States: Future Possibilities in Historical Perspective**. Princeton, Princeton University press.

SOUZA FILHO, E. M. (2008), **Dupla Regressividade e Financiamento da Seguridade Social: Impactos Sobre as Condições de Pobreza no Brasil**. 175f. Dissertação (mestrado em estudos populacionais e pesquisa social) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2008.

SPICKER, P. (1995), *Social Policy*, Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

SPOSATI, A. (2009), *Modelo Brasileiro de Proteção Social Não Contributiva: Concepções Fundantes*. In: **Concepção e Gestão da Proteção Social Não Contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

TEIXEIRA, A. (1990), **Do seguro à seguridade: a metamorfose inconclusa do sistema previdenciário brasileiro**; Texto para Discussão no 249, IEI/UFRJ, 1990.

TEIXEIRA, A. M. (2006), **Previdência Social no Brasil: da Revolução Passiva à Contra-Reforma**. 252 f. Dissertação (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

TITMUSS, R. (1958), *Essays on the Welfare State*. Londres: George Allen & Unwin.

_____. (1963), *Income Distribution and Social Change*. Londres: George Allen & Unwin.

UK (1942), *Social Insurance and Allied Services* (The Beveridge Report), Cmd. 6404
Londres: HMSO.

UKPUBLICSPENDING, *Public Spending in the United Kingdom*.

Dísponível em: < <http://www.ukpublicspending.co.uk/index.php> >

Último acesso em 20 de fev de 2010.

VIANNA, M. L. (2000), **A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil: Estratégias de Bem-Estar e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: ed 2, Editora Revan: UCAM, IUPERJ.

_____. (2002), **Em Torno do Conceito de Política Social: Notas Introdutórias**. Artigo. Rio de Janeiro: ENAP, 2002. p 1-8.

VANDERBORGHT, Y. (2002), *Basic income in Belgium and the Netherlands: Implementation through the back door?* Miméo, 39 páginas.